

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAROLINA LUCAS MENDES TORRAQUE

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA A IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS: PERCEPÇÃO DE GESTORES, RESPONSÁVEIS
LEGAIS E FARMACÊUTICOS DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS DE CURITIBA, PARANÁ

CURITIBA

2015

CAROLINA LUCAS MENDES TORRAQUE

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA A IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS: PERCEPÇÃO DE GESTORES, RESPONSÁVEIS
LEGAIS E FARMACÊUTICOS DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS DE CURITIBA, PARANÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, área de Insumos, Medicamentos e Correlatos – Cuidados em Saúde e Assistência Farmacêutica, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Pontarolo

Coorientadora: Profa. Dra. Nilce Nazareno da Fonte

CURITIBA

2015

Torraque, Carolina Lucas Mendes

Avaliação da assistência farmacêutica a idosos institucionalizados: percepção de gestores, responsáveis legais e farmacêuticos de Instituições de Longa Permanência para Idosos de Curitiba, Paraná / Carolina Lucas Mendes Torraque - Curitiba, 2015.

181 f.; 30 cm

Orientador: Professor Dr. Roberto Pontarolo

Coorientadora: Professora Dra. Nilce Nazareno da Fonte

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2015.

Inclui bibliografia

1. Envelhecimento. 2. Farmacêutico. 3. Legislação. 4. Medicamento. 5. Institucionalização. 6. Gestor de Saúde. 7. ILPI I. Pontarolo, Roberto II. Fonte, Nilce Nazareno da. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título

CDD 615.06

TERMO DE APROVAÇÃO

CAROLINA LUCAS MENDES TORRAQUE

Título: "Avaliação da assistência farmacêutica a idosos institucionalizados: percepção de gestores, responsáveis legais e farmacêuticos de Instituições de Longa Permanência para Idosos de Curitiba, Paraná"


Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção de grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, da Universidade Federal do Paraná, área de concentração: Insumos, medicamentos e correlatos.




Prof. Dr. Roberto Pontarolo
Orientador



Profª. Drª. Nilce Nazareno da Fonte
Co-orientadora



Profª. Drª. Rosiane Guetter Mello Zibetti
Faculdades Pequeno Príncipe



Profª. Drª. Milene Zanqni da Silva Vosgerau
Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 07 de abril de 2015.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Maurício e Jacira.
Com amor!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que pelo propósito que tem para minha vida me trouxe até aqui e me ajudou a passar por provas.

Aos meus amados pais, Jacira e Maurício, por sempre estarem comigo quando eu mais preciso. Pelos ensinamentos preciosos quanto à perseverança e fé e incentivo para que eu chegasse ao mestrado e não desistisse nos momentos em que estive mais frágil. A vocês profunda gratidão.

Ao Maikon, meu namorado e amigo, por me ouvir, compreender e me aconselhar nas minhas infindáveis angústias. Sem você essa jornada teria sido muito mais difícil.

À minha amiga Fabíola pela amizade de década, por me ouvir e me apoiar durante esses dois anos de mestrado.

À Nilce, minha orientadora, obrigada pela paciência, pela acolhida, pela compreensão e pelos tantos ensinamentos no campo profissional e pessoal.

Ao professor Roberto Pontarolo por estar sempre pronto a ajudar. Obrigada pela confiança depositada em mim e pela ajuda concedida durante todo esse processo.

Às ILPIs, aos gestores municipais, aos profissionais farmacêuticos e a todos aqueles que de alguma forma contribuíram com a pesquisa o meu muito obrigado.

À professora Silvana Heidemann Rocha, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), pela orientação no tratamento estatístico.

Aos professores da banca que aceitaram ler este trabalho e contribuir para que ele ficasse melhor o meu muito obrigado.

Agradeço, por fim, à CAPES, Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão da bolsa de estudos.

A maior riqueza do homem
é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como sou – eu não aceito.

Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas,
que puxa válvulas, que olha o relógio,
que compra pão às seis horas da tarde,
que vai lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva, etc. etc.

Perdoai
Mas eu preciso ser outros.
Eu penso renovar o homem usando borboletas.

Manoel de Barros

RESUMO

O rápido crescimento da população idosa no Brasil e no mundo está extensamente documentado na literatura. Acompanhando esse crescimento estão as doenças crônicas, que se manifestam nos idosos devido às alterações fisiológicas com o envelhecimento e que levam a um grande consumo de medicamentos por essa população. Este quadro exige um especial cuidado com os idosos por parte de seus familiares que, por diversas razões, acabam muitas vezes recorrendo à internação do ente em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Tais Instituições se tornam assim, locais onde há grande consumo de medicamentos. Neste contexto, a presente dissertação se propõe a estudar como se dá o cuidado com o uso de medicamentos por idosos moradores de Instituições de Longa Permanência em Curitiba, Brasil, bem como conhecer o papel do farmacêutico nas Instituições em que houver esse profissional. Foi utilizada metodologia qualitativa e descritiva utilizando estrutura de análise baseada em dimensões, categorias e indicadores. Para a coleta de informações foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados gestores da Fundação de Ação Social (FAS) de Curitiba, da Vigilância Sanitária municipal (VISA) e do Conselho Regional de Farmácia do Paraná (CRF-PR), relacionados com a temática. Foi utilizada amostragem não probabilística por conveniência para definir as entrevistas com os responsáveis legais pelas ILPIs. Todos os farmacêuticos prestadores de serviços nas ILPIs foram entrevistados. As respostas foram apresentadas de forma descritiva e, quando cabível, confrontadas com a legislação. O projeto teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná. Em dezembro de 2013 foram levantadas 75 ILPIs em funcionamento em Curitiba, das quais apenas cinco contando com o trabalho de profissional farmacêutico. Foram investigadas 11 Instituições, de acordo com a amostragem definida. A fiscalização praticada pela FAS e VISA quanto aos medicamentos limita-se a avaliar suas condições de estoque. Apesar do alto consumo de medicamentos nestes locais, não há legislação que normalize o acompanhamento farmacoterapêutico. Apesar de a literatura apontar para a fragilidade fisiológica dos idosos, que requer maior atenção no uso de medicamentos, esta preocupação não foi observada na prática das Instituições. Foi observada grande disparidade entre as Instituições estudadas quanto à contratação de profissionais de saúde, gestão do medicamento e cuidado com o uso dos mesmos pelos idosos. O setor carece de legislação específica que oriente as Instituições sobre cada etapa da cadeia do medicamento. Os profissionais farmacêuticos das ILPIs se envolvem fundamentalmente nas questões de aquisição de medicamentos e individualização de doses. Não há legislação específica nem políticas públicas voltadas ao cuidado no uso de medicamentos em ILPIs em Curitiba, podendo-se afirmar que há omissão e negligência quanto à assistência farmacêutica nesse setor.

Palavras-chave: envelhecimento, farmacêutico, legislação, medicamento, institucionalização, gestor de saúde, ILPI.

ABSTRACT

The fast growth of elderly population in Brazil and worldwide is widely documented in literature. Related with this growth, there are common elderly chronic diseases that may occur due physiological changes of the ageing process, resulting in a large drugs consumption. This framework requires special care on the elderlies by their families whom, for many reasons, ended up choosing the hospitalization into a long-term home care community-living center. Therefore, in these institutions there is a considerable use of inappropriate drugs. In this context, the main purpose of this study is to understand the matters of medications use by elderly residents in long-term home care communities' services in Curitiba, Parana, Brazil, and to recognize the role of the pharmacist whether they take place in this kind of institution. In this study used a qualitative and descriptive methodology based on measurements (managers and units), categories and indicators. Interviews were conducted based on semi-structured scripts questions with managers from the Social Service foundation's the Municipal Health Surveillance Agency's and the Regional Pharmacy Council' all of them related to the main aim of this research. Non-probability convenience sampling was used to set the units whose legal leaders participate in the interview. The entire working pharmacist from community's centers were interviewed. The answers were presented descriptively and when applicable it was confronted with an appropriated legislation. The project was approved on the Research Ethics Board Committee of the Federal University of Paraná under protocol number 795.113. In December 2013, 75 operating institutions were founded in Curitiba, of which only five offered pharmacist professional work. According to the defined sampling only 11 institutions were investigated. Although there is a manager's major health care concern with the elderly from the social assistance point of view, the particularities of care and medications uses are unknown. The supervision applied by SSF and MHSA for drugs is limited to assess their inventory conditions. Despite the high consumption of drugs in these places, there is no monitoring or even normative regulation on the board of the Regional Pharmacy Council. Although the literature highlight to the physiological frailty of elderly population, which requires greater attention on the use of drugs, this was not observed in practice of these institutions. In addition, no common criteria on the use of medicines among elderly patients was observed. Furthermore, there is a widely disparity between the studied institutions considering the recruitment of health professionals, medication management and pharmaceutical care. There is no specific legislation to guide health professionals on all procedures involving medication. The professional's pharmacists are primarily involved in issues like drug's acquisition and doses individualization. The pharmaceutical prescription and the pharmacotherapeutic monitoring including possible interactions or adverse side effects are not-existent practices in these institutions. Furthermore, there is no distinct legislation or public policies considering this problem in Curitiba, Parana. Therefore, omission and negligence can be observed in pharmaceutical care sector.

Key words: aging, pharmacist, legislation, medicine, institutionalization, health manager.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	- ESTRUTURA METODOLÓGICA CONTENDO AS DIMENSÕES E AS CATEGORIAS ANALISADAS.....	61
QUADRO 2	- ESTRUTURA METODOLÓGICA CONTENDO AS CATEGORIAS E OS INDICADORES ANALISADOS.....	61
QUADRO 3	- CARACTERIZAÇÃO PRELIMINAR DAS ILPIs DE CURITIBA EM DEZEMBRO DE 2013.....	82
QUADRO 4	- QUADRO PROFISSIONAL E NÚMERO DE IDOSOS DAS ILPIs.....	85
QUADRO 5	- FUNÇÕES DESEMPENHADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	87
QUADRO 6	- FORMAS DE OBTENÇÃO DOS MEDICAMENTOS.....	91
QUADRO 7	- CARACTERIZAÇÃO DO HISTÓRICO CLÍNICO DOS IDOSOS.....	92
QUADRO 8	- FORMAS DE CONTROLE DE NOVAS PRESCRIÇÕES.....	93
QUADRO 9	- PROCEDIMENTOS ADOTADOS QUANDO DA NECESSIDADE DE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO.....	94
QUADRO 10	- ATRIBUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE PELOS MEDICAMENTOS E CAPACITAÇÃO DO RESPONSÁVEL.....	96
QUADRO 11	- LOCALIZAÇÃO DO ESTOQUE GERAL DE MEDICAMENTOS.....	97
QUADRO 12	- ATRIBUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE PELO CONTROLE DO ESTOQUE DE MEDICAMENTOS E COMO ESSE CONTROLE É FEITO.....	100
QUADRO 13	- ATRIBUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE PELA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	104
QUADRO 14	- PROCEDIMENTOS ADOTADOS NA ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS.....	106
QUADRO 15	- MEDIDAS ADOTADAS NO MOMENTO DA ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS.....	107
QUADRO 16	- PROCEDIMENTOS ADOTADOS QUANDO DA NECESSIDADE DE ADMINISTRAÇÃO ESPECIAL DE MEDICAMENTOS.....	109

QUADRO 17	- SOBRA OU FALTA DE MEDICAMENTOS NA ADMINISTRAÇÃO AOS IDOSOS.....	110
QUADRO 18	- PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA A GARANTIA DO USO CORRETO DE MEDICAMENTOS.....	111
QUADRO 19	- ACOMPANHAMENTO DO USO DE MEDICAMENTOS PELOS IDOSOS.....	113
QUADRO 20	- OPINIÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO À IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DO FARMACÊUTICO NAS ILPIs.....	115
QUADRO 21	- FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS FARMACÊUTICOS PARA O TRABALHO COM IDOSOS.....	118
QUADRO 22	- ATIVIDADES E RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS.....	120
QUADRO 23	- FACILIDADES E DIFICULDADES PROFISSIONAIS.....	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	- Atividades da Vida Diária
CATI	- Centros de Atenção à Pessoa Idosa
CFF	- Conselho Federal de Farmácia
CMDPI	- Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa
CNDI	- Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CRAS	- Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	- Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CRF-PR	- Conselho Regional de Farmácia do Paraná
DPSE	- Diretoria de Proteção Social Especial
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
FAS	- Fundação de Ação Social
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	- Instituição de Longa Permanência para Idosos
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MDS	- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MPAS	- Ministério da Previdência e Assistência Social
NOB	- Norma Operacional Básica
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PACS	- Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PNAS	- Política Nacional de Assistência Social
PNI	- Política Nacional do Idoso
PNSI	- Política Nacional de Saúde do idoso
PNSPI	- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PQILPIs	- Protocolo Qualidade em Instituições de Longa Permanência para Idosos

PRM	- Problemas Relacionados a Medicamentos
RDC	- Resolução da Diretoria Colegiada
RENAME	- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RT	- Responsável Técnico
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	- Secretaria Municipal de Assistência Social
SEAS	- Secretaria de Estado de Assistência Social
SINAES	- Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SMADS	- Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SSVP	- Sociedade São Vicente de Paulo
SUAS	- Sistema Único de Assistência Social
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UTFPR	- Universidade Tecnológica Federal do Paraná
VISA	- Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 OBJETIVOS.....	17
1.1.1 Objetivo Geral.....	17
1.1.2 Objetivos Específicos.....	18
2 METODOLOGIA.....	19
2.1 FASE EXPLORATÓRIA.....	21
2.2 TRABALHO DE CAMPO.....	22
2.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO.....	23
3 A POPULAÇÃO IDOSA NA ATUALIDADE.....	25
3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL E NO MUNDO.....	25
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO.....	26
3.2.1 Alterações no organismo e doenças.....	26
3.2.2 O uso de medicamentos por idosos.....	27
4 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPIs).....	33
4.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO.....	33
4.1.1 As ILPIs no Brasil.....	36
4.1.2 Os profissionais de saúde em ILPIs e o cuidado com o uso de medicamentos.....	40
5 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS..	45
5.1 A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PARA IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS...	53
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
6.1 DIMENSÃO 1: GESTORES.....	63
6.1.1 Atribuições das entidades.....	63
6.1.2 Os idosos institucionalizados em Curitiba sob o ponto de vista dos gestores.....	66
6.1.2.1 Indicador 1.1: Atribuições na Instituição.....	67
6.1.2.2 Indicador 1.2: Conhecimento sobre políticas ou programas municipais e estaduais voltados aos moradores de Instituições de Longa Permanência.....	67
6.1.2.3 Indicador 1.3: Conhecimento quanto à prática utilizada pelas ILPIs em relação ao uso de medicamentos.....	70
6.1.2.4 Indicador 1.4: Políticas ou programas da entidade voltados aos idosos institucionalizados.....	71
6.1.2.5 Indicador 1.5: Intervenções ou fiscalizações realizadas em ILPIs de	

Curitiba.....	71
6.1.2.6 Indicador 1.6: Normativas técnicas ou legais usadas como referência para o trabalho com idosos institucionalizados.....	74
6.1.2.7 Indicador 1.7: Opinião sobre as políticas públicas e a atenção em geral dispensada aos idosos institucionalizados em Curitiba.....	75
6.1.2.8 Indicador 1.8: Opinião acerca do uso de medicamentos em ILPIs e avaliação sobre a importância do estabelecimento de diretrizes ou normativas técnicas ou legais sobre este tema.....	76
6.1.2.9 Indicador 1.9: Sugestões ou opiniões sobre a temática.....	77
6.2 LEGISLAÇÃO E AFINS PARA IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.....	78
6.2.1 Políticas Públicas: as deficiências no assunto.....	78
6.3 DIMENSÃO 2: INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPIS).....	81
6.3.1 Dados Preliminares.....	81
6.3.2 Categoria 2.1: Caracterização das ILPIs amostradas de Curitiba.....	85
6.3.2.1 Indicador 2.1.1: Profissionais de saúde e respectivas atividades desempenhadas nas ILPIs.....	85
6.3.2.2 Indicador 2.1.2: Responsabilidade pelas prescrições aos idosos institucionalizados.....	90
6.3.2.3 Indicador 2.1.3: Origem dos medicamentos prescritos.....	90
6.3.2.4 Indicador 2.1.4: Histórico clínico dos idosos institucionalizados.....	91
6.3.2.5 Indicador 2.1.5: Controle das novas prescrições.....	92
6.3.2.6 Indicador 2.1.6: Medicamentos isentos de prescrição.....	94
6.3.2.7 Indicador 2.1.7: Responsabilidade pelos medicamentos.....	95
6.3.2.8 Indicador 2.1.8: Localização do estoque geral de medicamentos.....	97
6.3.2.9 Indicador 2.1.9: Responsabilidade e procedimentos de controle do estoque de medicamentos.....	99
6.3.2.10 Indicador 2.1.10: Individualização dos medicamentos para administração aos idosos.....	100
6.3.2.11 Indicador 2.1.11: Responsabilidade pela administração dos medicamentos.....	104
6.3.2.12 Indicador 2.1.12: Controle da administração dos medicamentos.....	105
6.3.2.13 Indicador 2.1.13: Orientações / cuidados na administração dos medicamentos.....	106
6.3.2.14 Indicador 2.1.14: Administração especial de medicamentos.....	108

6.3.2.15 Indicador 2.1.15: Administração incorreta de medicamentos.....	109
6.3.2.16 Indicador 2.1.16: Garantia do uso correto de medicamentos.....	111
6.3.2.17 Indicador 2.1.17: Acompanhamento farmacoterapêutico.....	112
6.3.2.18 Indicador 2.1.18: Importância do profissional farmacêutico.....	114
6.3.3 Categoria 2.2: Caracterização do Trabalho do Farmacêutico em ILPIs....	117
6.3.3.1 Indicador 2.2.1: Local e data de graduação.....	117
6.3.3.2 Indicador 2.2.2: Formação específica e experiência no trabalho com idosos.....	117
6.3.3.3 Indicador 2.2.3: Tempo de atividade profissional nas ILPIs e carga horária.....	119
6.3.3.4 Indicador 2.2.4: Atividade / responsabilidade profissional desempenhada.....	120
6.3.3.5 Indicadores 2.2.5 e 2.2.6: Facilidades e dificuldades no desempenho das funções farmacêuticas nas ILPIs.....	122
6.3.3.6 Indicador 2.2.7: Relacionamento com os demais profissionais de saúde.....	123
6.3.3.7 Indicador 2.2.8: Interação do farmacêutico com os moradores das ILPIs.....	123
6.3.3.8 Indicador 2.2.9: Prática e possibilidades de prescrição farmacêutica nas ILPIs.....	125
6.3.3.9 Indicador 2.2.10: Solicitação de atuação profissional farmacêutica em situações de transtornos menores.....	126
6.3.3.10 Indicador 2.2.11: Atuação profissional farmacêutica na resolução de problemas relacionados aos medicamentos em ILPIs.....	127
6.3.3.11 Indicador 2.2.12: Solicitação de atuação profissional fora do horário de expediente.....	129
6.3.3.12 Indicador 2.2.13: Sentimentos de valorização da atuação profissional.	129
6.3.3.13 Indicador 2.2.14: Importância da presença do profissional farmacêutico em ILPIs.....	131
6.3.3.14 Indicador 2.2.15: Implicações da ausência do profissional farmacêutico em ILPIs.....	132
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÕES.....	135
REFERÊNCIAS.....	140
APÊNDICES.....	153
APÊNDICE 1 - ENTREVISTA COM GESTORES MUNICIPAIS.....	154
APÊNDICE 2 - ENTREVISTA CARACTERIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA	

(INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI).....	156
APÊNDICE 3 - ENTREVISTA CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO FARMACÊUTICO (INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI).....	159
ANEXOS	161
ANEXO 1 - ROTEIRO PARA SUPERVISÃO DAS ILPIs PELA FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL (FAS).....	162
ANEXO 2 - ROTEIRO PARA SUPERVISÃO DAS ILPIs PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VISA) MUNICIPAL.....	169

1 INTRODUÇÃO

A proporção de idosos na população brasileira vem aumentando nas últimas décadas, fato atribuído à redução nas taxas de fecundidade e mortalidade e às mudanças na qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997; LIMA *et al.*, 2011; NEVES *et al.*, 2013). Esse fenômeno também é observado mundialmente (MAIA *et al.*, 2006; LIMA *et al.*, 2011; COSTA *et al.*, 2012; NEVES *et al.*, 2013).

Há projeções de que em 2025 a população brasileira terá aumentado cinco vezes em relação ao ano de 1950, enquanto que o número de idosos aumentará 16 vezes no mesmo período (MAIA *et al.*, 2006; CORRER *et al.*, 2007; MOREIRA, CALDAS, 2007; AGUIAR *et al.*, 2008; MENESES, SÁ, 2010). Como consequência o Brasil será o sexto entre os países mais envelhecidos do mundo (CHAIMOWICZ, 1997; NÓBREGA, KARNOKOWSKI, 2005; CORRER *et al.*, 2007; MOREIRA, CALDAS, 2007; AGUIAR *et al.*, 2008; MENESES, SÁ, 2010; QUINALHA, CORRER, 2010; MORAIS *et al.*, 2012; COSTA, MERCADANTE, 2013).

O envelhecimento tem como características várias alterações orgânicas, sendo estas morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, o que determina a perda progressiva de adaptação do indivíduo ao ambiente, resultando em maior vulnerabilidade e incidência de patologias (FLORES, MENGUE, 2005; FECHINE, TROMPIERI, 2012). Juntamente com essas alterações fisiológicas e, muitas vezes decorrente delas, ocorre um aumento de doenças crônicas, contribuindo assim para aumento do uso de medicamentos por idosos e sua vulnerabilidade aos fármacos (FLORES, MENGUE, 2005; NÓBREGA, KARNIKOWSKI, 2005; GORZONI, PIRES, 2006; NEVES *et al.*, 2013). Os idosos são, possivelmente, o grupo da população que mais consome medicamentos, tanto no Brasil, como no restante do mundo. Um estudo realizado com 967 idosos americanos revelou que 71% deles usavam pelo menos um medicamento regularmente, enquanto que no Brasil, mais precisamente no Rio de Janeiro, 80,1% dos idosos entrevistados relataram uso regular de medicamentos prescritos (COELHO FILHO, MARCOPITO, CASTELO, 2004).

Além disso, o uso de medicamentos não necessários e a duplicidade terapêutica contribuem para uma maior chance de ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas (ROZENFELD, 2003), exigindo assim, cuidado especial com o uso de medicamentos por idosos e atenção redobrada por parte da família.

Levando-se em consideração esse contexto, com o envelhecimento somado aos novos arranjos familiares e à baixa renda, cada vez mais ocorre a institucionalização dos idosos em asilos, casas de repouso e similares (CHAIMOWICZ, GRECO, 1999).

As ILPIs, Instituições de Longa Permanência para Idosos, são Instituições mantidas por órgãos governamentais e não governamentais, para propiciar atenção integral em caráter residencial às pessoas acima de 60 anos com ou sem suporte familiar (BRASIL, 2004).

Nessas Instituições há grande uso de medicamentos, sendo necessário mais cuidado e atenção no manejo terapêutico por parte dos profissionais farmacêuticos para garantir o uso seguro e racional de medicamentos (MELHOR IDADE MERECE CUIDADOS ESPECIAIS, 2007; VIEIRA, 2007; ROCHA *et al.*, 2008; SMANIOTO; HADDAD, 2013).

Tendo isso exposto, faz-se necessário levantar informações a respeito de como se dá o cuidado com os idosos em ILP's, tendo como enfoque a farmacoterapia e a assistência farmacêutica, com a finalidade de se traçar o perfil dessas instituições, conhecer o marco legal, as políticas públicas existentes e o posicionamento de gestores institucionais envolvidos com a temática. Espera-se contribuir com dados na necessária reflexão sobre a assistência aos idosos do ponto de vista de uso responsável do medicamento, subsidiando assim eventuais alterações nas políticas públicas voltadas a essa população.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Conhecer como se dá o cuidado com o uso de medicamentos por idosos moradores de Instituições de Longa Permanência em Curitiba, Paraná, Brasil, o papel do farmacêutico nas Instituições em que esse profissional está presente e a percepção dos gestores, responsáveis legais e farmacêuticos dessas ILPIs.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Definir amostragens para estudo;
- Construir instrumentos para coleta de dados;
- Entrevistar gestores, responsáveis legais e farmacêuticos que trabalhem em ILPIs de Curitiba;
- Levantar as informações legais e sobre políticas públicas relacionadas às ILPIs;
- Caracterizar as ILPIs;
- Compreender como se dá o cuidado com o uso de medicamentos por idosos;
- Identificar as atividades realizadas por farmacêuticos nas ILPIs em que esse profissional está presente;
- Sistematizar e analisar as informações obtidas;
- Propor alternativas para melhorar a atenção quanto ao uso de medicamentos por idosos;
- Fornecer subsídios para melhoria e criação de novas políticas públicas relacionadas a idosos.

2 METODOLOGIA

O presente estudo baseia-se em avaliação qualitativa e descritiva. Visa assim descrever, explicar e qualificar a complexidade do cuidado com idosos em Instituições de Longa Permanência em relação ao uso de medicamentos em Curitiba, Brasil. A metodologia da pesquisa qualitativa é aquela que se preocupa com níveis de realidade que não podem ser quantificados e trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações e atitudes, correspondendo à profundidade das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

Martins (2004) define a pesquisa qualitativa como aquela que favorece a análise de micro processos pelo exame das ações sociais individuais e em grupo, realizando um estudo intensivo dos dados com análise dissidente. A mesma autora ainda salienta a necessidade da intuição e da imaginação em um tipo de trabalho artesanal visto como condição para o aprofundamento da análise e para a liberdade do intelectual.

Neste contexto, Turato (2003) considera que em pesquisa qualitativa podem existir tantas técnicas quantas forem desenvolvidas pelos pesquisadores. Justificando essa ideia, o autor acrescenta que o “método” e a “técnica” aparecem ou desaparecem mais pelas necessidades pessoais do cientista e comunitárias do que pelas forças do campo científico, dando plena liberdade para a criação de técnicas de investigação caso esta traga maiores benefícios do que o uso de uma técnica já credenciada.

Segue o autor lembrando que a técnica criada deve ter consistência metodológica e coerência entre as etapas de aplicação, além da necessidade de atingir o objetivo pretendido. Depois de alcançados esses requisitos, necessitam-se apenas de “examinadores sensatos e humildes para reconhecê-la como válida e adequada à situação” (TURATO, 2003, p. 438). As duas possibilidades mais recorrentes na criação de técnicas são: ser uma variante de uma técnica consagrada ou ser uma mescla de técnicas.

Outra observação importante sobre técnicas e métodos, apontada por Lüdke e André (1986), é o fato de que usar números não classifica a pesquisa como quantitativa. As autoras defendem a utilização de números na pesquisa qualitativa

como uma forma de codificação dos dados obtidos. Corroborando com essa ideia Pereira (2004) argumenta que a pesquisa qualitativa não está isenta de quantificação, o que confere caráter objetivo à observação, mas nem por isso deixa de ser qualitativa.

Dando enfoque às técnicas de coletas de dados em pesquisas qualitativas, segundo Gomes e Silveira (2012, p.161),

Assim como nos estudos quantitativos, as técnicas de coleta de dados em pesquisas qualitativas constituem um conjunto ampliado de meios possíveis de obtenção de dados e de informações. Os discursos construídos para expressar modos de pensar e sentir, ou as narrativas a respeito das ações de “sujeitos” pesquisados, ainda são coletados por meio de entrevistas que requerem contato interpessoal e que se realizam em uma relação face a face.

Para Minayo (2001) a entrevista é o procedimento mais usado para coleta de dados no trabalho de campo. Por ser um meio de coleta de fatos relatados pelos atores que vivenciam a realidade que está sendo estudada, a entrevista não pode ser uma conversa despretensiosa e neutra. A entrevista tem a característica de ser aplicada pessoalmente, sendo que o entrevistador vai até o entrevistado e realiza a entrevista, diferente do questionário que é quando as perguntas são enviadas ao entrevistado e esse as responde sozinho. A estrutura utilizada para as entrevistas desse trabalho foi a semiestruturada, ou seja, perguntas que dão opção de respostas como “sim” e “não” ou “preto” e “branco” juntamente com perguntas que possibilitavam respostas abertas de acordo com o conhecimento e opinião do entrevistado.

A pesquisa descritiva, segundo Moresi (2003, p.9) “expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação”.

Para melhor compreensão do desenvolvimento do trabalho, este foi didaticamente dividido em três fases metodológicas: fase exploratória, trabalho de campo e análise e interpretação. A fase exploratória abrange todas as tarefas da definição do projeto, do objeto da pesquisa até as estratégias para a realização do trabalho de campo e definição de instrumentos de pesquisa (FONTE, 2004). O trabalho de campo consiste da realização de uma série de técnicas como levantamento de material bibliográfico e documental, entrevistas, observações, entre outros. A última fase consiste na análise e interpretação do material recolhido no

campo, abordando o que a pesquisa trouxe confrontando com a investigação teórica anterior (MINAYO, 2001).

2.1 FASE EXPLORATÓRIA

O primeiro passo foi elaborar o projeto para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, o qual foi aprovado sob o Parecer de Número 795.113.

No desenvolvimento do trabalho, inicialmente foram realizadas entrevistas com gestores de determinadas entidades de Curitiba em relação à temática “idosos”, com o objetivo de saber quais as políticas públicas e atenção em geral dispensada a esse grupo da população.

Assim, foi realizada reunião na sede da Fundação de Ação Social (FAS) de Curitiba, tendo como pauta as ILPIs. Durante essa reunião foi esclarecido que a FAS e a Vigilância Sanitária (VISA) de Curitiba fazem fiscalização conjunta nas ILPIs. Desse modo, também foi feita reunião com a VISA. Dessas duas reuniões foram obtidas duas listas, uma da FAS e outra da VISA, contendo a relação das ILPIs em funcionamento no município na época, dezembro de 2013. De posse dessas informações foi determinado que os gestores estudados no presente trabalho seriam os dois citados anteriormente e o Conselho Regional de Farmácia do Paraná (CRF-PR), partindo do pressuposto da importância que o profissional farmacêutico teria em uma casa com muitos idosos que, por sua vez, usam muitos medicamentos e por esse Conselho de Classe fazer a fiscalização do profissional farmacêutico que é responsável pelo cuidado com o uso de medicamentos. Posteriormente também foi realizada uma reunião com o CRF-PR. As três esferas de gestores foram convidadas a participar do projeto e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Com as duas listas cedidas pela FAS e pela VISA foi elaborada uma nova lista, mais completa, de ILPIs do município de Curitiba, a partir da qual foi feito contato telefônico com cada Instituição, de preferência com o responsável pela mesma. Todas as Instituições foram contatadas. Foram questionados quanto ao número atual de moradores e a presença ou não de profissional farmacêutico

trabalhando na casa. Com essas informações foi confeccionada uma planilha de dados preliminares das ILPIs.

O número de Instituições que compõe a amostra do estudo foi definido por amostragem não probabilística por conveniência em função do elevado número de Instituições e respectivos moradores. Este tipo de amostragem foi definido por Guilhoto (2002) como aquele em que o pesquisador opina na escolha da população que irá compor a amostra sendo esta constituída por pessoas que estão ao alcance do pesquisador. Dessa forma e considerando o objetivo de estudar tanto Instituições que contavam com o trabalho de farmacêutico como as que não contavam, nesta pesquisa foram escolhidas duas estratégias para a coleta dessas informações: amostragem não probabilística por conveniência com número de moradores menor ou igual a dez para as ILPIs sem profissional farmacêutico e o universo total para as ILPIs com profissional farmacêutico. Ao final desta fase foi possível consolidar o objeto de estudo do trabalho, sendo, portanto, três gestores municipais, as ILPIs conforme amostragem e todos os profissionais farmacêuticos que trabalhavam em ILPIs na época em que o estudo foi realizado.

Ainda nesta fase foi realizada ampla revisão de literatura acerca de diversos aspectos pertinentes, desde legislação, passando por dados estatísticos sobre o envelhecimento no Brasil e no mundo, a institucionalização do idoso, até aspectos relacionados ao uso de medicamentos por essa população.

2.2 TRABALHO DE CAMPO

Para conhecimento do campo de pesquisa em análise foi realizada uma busca documental eletrônica. Inicialmente foi feito o levantamento eletrônico da Legislação relacionada ao funcionamento e à fiscalização de ILPIs, o que possibilitou obter subsídios para a discussão do papel dos gestores municipais em relação ao cuidado do idoso institucionalizado no uso de medicamentos. A busca foi realizada durante o mês de agosto de 2014.

Após a definição do objeto de estudo do trabalho foram confeccionados instrumentos para a coleta de dados, constituídos por entrevistas com formulários semiestruturados. Foram elaborados três modelos de entrevistas: entrevista com

gestores municipais; entrevista para caracterização da ILPI e entrevista para caracterização do trabalho do farmacêutico. A entrevista com gestores municipais foi aplicada à FAS, à VISA municipal e ao CRF-PR (Apêndice 1).

A entrevista para caracterização da ILPI (Apêndice 2) foi aplicada a 11 Instituições, sendo seis do grupo com número de moradores menor ou igual a dez e sem profissional farmacêutico e cinco do grupo com profissional farmacêutico. Inicialmente o grupo de ILPIs com número de moradores menor ou igual a dez e sem profissional farmacêutico era composto por sete ILPIs. Uma Instituição não aceitou participar do projeto, restando seis.

O instrumento da entrevista para caracterização da ILPI foi confeccionado para ser respondido pelo responsável pela Instituição, não tendo sido assim em todas as entrevistas. Houve casos em que a assistente social ou o farmacêutico responderam a essa entrevista.

Com a concordância dos entrevistados, as entrevistas foram gravadas, transcritas literalmente e enviadas aos respectivos entrevistados para aprovação de seu conteúdo e eventual complementação e/ou correção.

2.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

Os dados do trabalho foram coletados de novembro de 2013 a novembro de 2014. Foram e serão mantidos em sigilo os nomes das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) que contribuíram para os dados desse estudo, assim como os nomes daqueles que participaram das entrevistas.

Com os conteúdos aprovados das entrevistas, as respostas foram compiladas em três planilhas para facilitar a análise e interpretação desses dados.

Como estratégia de levantamento dos dados foi definida uma organização em dimensões, categorias e indicadores, metodologia esta adaptada da utilizada no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) (SISTEMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2003). Cada dimensão corresponde à esfera que deverá ser estudada, tendo sido definidas duas dimensões para o presente trabalho: os gestores municipais e as ILPIs.

Categoria é entendida como cada entidade que será avaliada dentro de cada dimensão. Neste trabalho, para o detalhamento do estudo da primeira dimensão, em relação aos gestores foram definidas três categorias (FAS, VISA e CRF-PR), e para o estudo da segunda dimensão, correspondente às ILPIs, foram definidas duas categorias (“caracterização das ILPIs” e “trabalho farmacêutico”).

Os indicadores representam, dentro de cada categoria, algum aspecto que deverá ser observado, avaliado e quantificado. Neste trabalho os indicadores estão expressos nas questões delineadas nos roteiros de entrevistas. Para o estudo da primeira dimensão foram definidos nove indicadores, utilizados para as três categorias. Para o estudo da segunda dimensão foram definidos 18 indicadores para a categoria “caracterização das ILPIs” e 15 indicadores para a categoria “trabalho do farmacêutico”. O detalhamento dos indicadores será apresentado no capítulo sobre resultados e discussão.

Os indicadores podem ser qualitativos ou não qualitativos, dependendo da natureza do que é avaliado. Neste trabalho, de natureza qualitativa e descritiva, a análise qualitativa foi dependente do referencial teórico e/ou legal, enquanto a análise não qualitativa foi puramente descritiva, podendo ser comparativa.

A aplicação e a transcrição das entrevistas bem como as observações foram feitas pelo pesquisador responsável pelo estudo.

3 A POPULAÇÃO IDOSA NA ATUALIDADE

3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL E NO MUNDO

A Organização Mundial da Saúde considera idosa a pessoa com mais de 65 anos, no Brasil é considerado idoso quem tem 60 anos ou mais (BRASIL, 2003; CORRER *et al.*, 2007).

O aumento da população idosa é um acontecimento mundial. Segundo Bloom (2012) a velocidade de crescimento dessa população em países em desenvolvimento é cerca de três vezes a velocidade de envelhecimento de países desenvolvidos. O envelhecimento da população é resultado da queda na taxa de fecundidade (CHAIMOWICZ, 1997; ROSA, 2011; NEVES *et al.*, 2013) e mortalidade (KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987; FLORES, MENGUE, 2005; MOIMAZ *et al.*, 2009; QUINALHA, CORRER, 2010) e mudanças na qualidade de vida, saúde e padrões de consumo (SOUSA, GALANTE, FIGUEIREDO, 2003; AGUIAR *et al.*, 2008; FECHINE, TROMPIERI, 2012; NEVES *et al.*, 2013).

Estima-se que, a cada mês, um milhão de pessoas cruzam a barreira dos 60 anos em todo o mundo (MAIA *et al.*, 2006), sendo este “um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea” (SANTOS *et al.*, 2013).

Há projeções de que em 2025 a população brasileira terá aumentado cinco vezes em relação ao ano de 1950, enquanto que o número de idosos aumentará 16 vezes no mesmo período (MAIA *et al.*, 2006; CORRER *et al.*, 2007; MOREIRA, CALDAS, 2007; AGUIAR *et al.*, 2008; MENESES, SÁ, 2010).

De acordo com Giacomini e Couto (2013) há mais de meio século o Brasil vem sendo alertado por entidades nacionais e internacionais acerca do aumento alarmante de sua população idosa e as consequências disso.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO

3.2.1 Alterações no organismo e doenças

A Gerontologia, ciência que se ocupa em estudar o envelhecimento, o caracteriza como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, quando aparecem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, ocasionando a perda de adaptação do indivíduo ao ambiente em que vive. Isto o deixa vulnerável e propenso a patologias que podem ser fatais, sendo que esse processo está intimamente ligado a fatores biológicos, psíquicos e sociais (ROCHA *et al.*, 2008; FECHINE, TROMPIERI, 2012; CAMARGOS, 2013).

O envelhecimento é considerado um processo individual, pois em dois indivíduos da mesma faixa de idade é possível observar diferentes condições biológicas. Assim sendo, o envelhecimento não é definido somente pelo critério cronológico, mas sim pelos padrões funcionais, físicos, mentais e de saúde (LENARDT *et al.*, 2006; FECHINE, TROMPIERI, 2012). Além disso, Fachine e Trompieri (2012) afirmam que o envelhecimento é “heterogêneo”, pois não depende apenas de nossa determinação genética, mas também dos hábitos de vida, condições socioeconômicas e doenças crônicas.

Nos idosos em geral, há uma maior incidência de patologias com sintomatologias diversas, assim como a prevalência de doenças crônico-degenerativas, sendo que dentre as alterações corporais que podem acompanhar o envelhecimento pode-se citar: alterações cardiovasculares, respiratórias, metabólicas, de pele, sistemas digestivos, ósseo, neurológico, genito-urinário, muscular (ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2004). Com o envelhecimento surgem inúmeras causas de risco e fragilidade ao indivíduo destacando-se a presença de múltiplas patologias (FLORES, MENGUE, 2005), sendo que se considera que de cada cinco idosos, quatro apresentam uma patologia crônica (ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2004). Neste contexto, Chaimowicz (1997) postula que o aumento do número de idosos observado atualmente está intimamente ligado à modificação da incidência e prevalência de doenças na população.

Ainda, na área nutricional o envelhecimento leva à perda da sensibilidade gustativa, sendo diminuídas a sede e a absorção de água, eletrólitos, vitamina D, cálcio e ferro (ANDRADE *et al.*, 2003).

Importante destacar que o idoso tem menor capacidade de depleção e metabolização de fármacos sofrendo mais com seus efeitos adversos (COELHO FILHO, MARCOPITO, CASTELO, 2004; GORZONI, PIRES, 2006) e resultam em uma eficácia terapêutica diminuída. Isso pode ocorrer mais facilmente por três motivos: alta incidência de doenças crônicas, polifarmácia e estado nutricional comprometido (NEVES *et al.*, 2013). Os idosos tendem a apresentar reações adversas mais frequentes e mais graves que indivíduos com menor idade e isso se deve a alterações corporais do envelhecimento (ROZENFELD, 2003; ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2004; GORZONI, PIRES, 2006; SECOLI, 2010; ROSA, 2011). Rosa (2011) afirma que 51% desses problemas podem ser evitados.

Desta forma, Rozenfeld (2003) e Rocha *et al.* (2008) alertam que devem ser consideradas as peculiaridades da farmacologia para idosos causadas pela diminuição da massa muscular e da água corporal que acontece com o avanço da idade. Diminuições nas capacidades de filtração e excreção renais e hepáticas são notadas em idosos fazendo com que ocorra dificuldade de absorção, metabolização e eliminação de metabólitos e acúmulo de substâncias tóxicas, pois altera a farmacocinética e a farmacodinâmica de diversos fármacos fazendo com que fiquem mais suscetíveis a reações adversas e efeitos terapêuticos mais intensos (ROZENFELD, 2003; NÓBREGA, KARNOKOWSKI, 2005; LENARDT *et al.*, 2006; ROCHA *et al.*, 2008; MENESES, SÁ, 2010; SECOLI, 2010; ROSA, 2011; SMANIOTO, HADDAD, 2013). Esses fatores são provocados pelas alterações fisiológicas do envelhecimento (ROSA, 2011) e devem ser considerados no momento da prescrição de medicamentos a idosos (TEIXEIRA, LEFÈVRE, 2001; MENESES, SÁ, 2010).

3.2.2 O uso de medicamentos por idosos

Como já mencionado, o envelhecimento é acompanhado por uma maior incidência de doenças, entre elas destacam-se as crônicas, levando os idosos a um

consumo elevado de medicamentos (CASTELLAR *et al.*, 2007; GALLAGHER, BARRY, O'MAHONY, 2007; ROCHA *et al.*, 2008; MENESES, SÁ, 2010). De acordo com Coelho Filho, Marcopito e Castelo (2004) os medicamentos constituem um dos itens mais importantes da atenção à saúde do idoso. Em países desenvolvidos, a maioria dos idosos consome regularmente um medicamento e aproximadamente um terço faz uso de cinco ou mais (CASTELLAR *et al.*, 2007; GIACOMIN, LIMA, CHAVES, 2012).

No Brasil estima-se que 23% da população consomem 60% da produção nacional de medicamentos, sendo que o grupo dos idosos tem participação representativa nesse consumo (TEIXEIRA, LEFEVRÈ, 2001; FLORES, MENGUE, 2005; SECOLI, 2010) e que a média de medicamentos consumidos simultaneamente varia entre dois e cinco (CASTELLAR *et al.*, 2007; MENESES, SÁ, 2010; QUINALHA, CORRER, 2010). O número médio de medicamento consumido por idosos brasileiros é de 3,5, sendo que este consumo pode diferir de acordo com a região demográfica (FLORES; MENGUE, 2005).

Estudos relatam que 71% dos idosos americanos fazem uso de pelo menos um medicamento prescrito regularmente (COELHO FILHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004). Já no Brasil, este número cresce relativamente, variando de 80,1% no Rio de Janeiro a 91% em Porto Alegre (COELHO; FILHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004; ROCHA *et al.*, 2008). Quando a referência é o idoso residente de ILPI's este aumento é ainda mais significativo, alcançando percentual de 97% da população, como observado no estudo de Smanioto e Haddad (2013). Em estudo realizado em Curitiba, de agosto de 2005 a julho de 2006, 91,9% dos idosos internos de uma Unidade de Saúde do Município usava pelo menos um medicamento regularmente (LENARDT *et al.*, 2006).

Os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) podem ser definidos, segundo o consenso de Granada, como problemas de saúde causados pela farmacoterapia que resultam em não alcance do objetivo terapêutico e surgimento de efeitos indesejáveis (CORRER *et al.*, 2007).

Os PRM podem ocorrer em qualquer momento do circuito do medicamento desde a prescrição, dispensa até a administração e acompanhamento dos resultados provocando problemas de saúde ou alterações indesejáveis no quadro de saúde do idoso (ROSA, 2011).

Entre problemas que podem ocorrer no uso de medicamentos por idosos destacam-se: a escolha inadequada do medicamento, falha ao receber o medicamento, dose sub-terapêutica, uso inadequado (esquecimento), superdose, efeitos adversos e interações farmacológicas (ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2004).

O uso de diversos medicamentos pelo mesmo indivíduo é denominado polifarmácia ou polifarmacoterapia. Rocha *et al.* (2008) afirmam que não há uma definição consolidada para o termo. Os conceitos mais citados na literatura são: uso de medicamentos não apropriados ao diagnóstico, uso de vários medicamentos, duplicidade terapêutica e uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos (FLORES, MENGUE, 2005; GORZONI, PIRES, 2006; AGUIAR *et al.*, 2008; ROCHA *et al.*, 2008; SECOLI, 2010; GIACOMIN, LIMA, CHAVES, 2012; NEVES *et al.*, 2013). Flores e Mengue (2005) dão como segunda definição de polifarmácia “a administração de um número maior de medicamentos do que os clinicamente indicados”.

De qualquer maneira, dados ilustram a alta prevalência de polifarmácia em idosos, uma vez que estes representam 50% dos multiusuários de medicamentos (MOSEGUI *et al.*, 1999; ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2004; CASTELLAR *et al.*, 2007; MENESES, SÁ, 2010; GIACOMIN, LIMA, CHAVES, 2012).

Com relação às definições de medicamento inadequado e duplicidade terapêutica Aguiar *et al.* (2008) conceituam o primeiro como um medicamento sem efetividade terapêutica ou com alto risco de reações adversas ou ainda, segundo Quinalha e Correr (2010), é aquele medicamento cujos riscos superam os benefícios. Sabe-se que existem listas de medicamentos inadequados para idosos, sendo a mais utilizada o Critério de Beers, desenvolvido em 1991 nos Estados Unidos com idosos institucionalizados, e cuja atualização conta com 48 medicamentos inadequados – que devem ter seu uso evitado - e outros 20 inadequados para patologias específicas em idosos (RIBEIRO *et al.*, 2005; QUINALHA, CORRER, 2010).

Nesse contexto, existem ainda as prescrições inadequadas que segundo ROSA (2011) são definidas em três modalidades: sobreprescrição (indicação de mais fármacos do que os clinicamente necessários); prescrição errada (escolha errada de dosagem, duração do tratamento, modo de administração); subprescrição (omissão de medicamentos necessários aos problemas clínicos). As prescrições devem ser feitas de forma a minimizar o número de medicamentos administrados

evitando interações medicamentosas e reações adversas (NÓBREGA, KARNIKOWSKI, 2005). Para Neves *et al.*(2013) é indispensável saber os padrões de utilização de medicamentos por idosos em busca do uso racional e melhoria na qualidade de vida.

Já com relação à duplicidade terapêutica essa é conceituada como prescrição de dois ou mais princípios ativos da mesma classe terapêutica para tratar um mesmo problema de saúde (AGUILAR *et al.*, 2008).

Estudos europeus obtiveram prevalência de 28% a 48% de prescrições inadequadas (ROSA, 2011) e no Brasil, um estudo realizado em uma ILPI de Apucarana, Paraná, mostrou que dos 67 regimes posológicos analisados foi encontrada duplicidade terapêutica e sobredose de medicamento na porcentagem de 1,5 (CORRER *et al.*, 2007). Ainda, entre os 230 medicamentos prescritos foram encontrados 31 medicamentos inadequados representando 13,5%. Houve 69 potenciais interações medicamentosas em 38 dos pacientes, o que representa 51,3% (CORRER *et al.*, 2007). Alerta-se ainda para a problemática da automedicação enfatizada no estudo de Santos *et al.* (2013) realizado com idosos de Goiânia, Brasil, em que 16,2% dos medicamentos utilizados pelos pacientes provinham de automedicação.

Segundo Smanioto e Haddad (2013) e Correr *et al.* (2007) algumas providências podem reduzir a ocorrência de polifarmácia e prescrição inadequada ou duplicidade terapêutica, aumentando a possibilidade de se ter bons resultados com a farmacoterapia como: saber as alterações que acontecem no corpo pelo envelhecimento, manter o registro dos medicamentos em uso atualizado e fazer uma revisão a cada consulta, identificar o medicamento pelo nome genérico e grupo terapêutico, indicar os medicamentos adequadamente, conhecer efeitos causados pelos medicamentos e não incorrer em redundâncias terapêuticas.

Como uma das consequências da polifarmácia pode-se citar o aumento do risco de desenvolvimento de reações adversas (MOSEGUI *et al.*, 1999; ROUTLEDGE, O'MAHONY, WOODHOUSE, 2003; FLORES, MENGUE, 2005; CASTELLAR *et al.*, 2007; GIACOMIN, LIMA, CHAVES, 2012). Estima-se que o risco de ter reações adversas aumenta 13% com o uso simultâneo de dois princípios ativos, de 58% com cinco e 82% quando são consumidos sete ou mais medicamentos (GALLAGHER, BARRY, O'MAHONY, 2007; SECOLI, 2010). Gorzoni e Pires (2006) e Flores e Mengue (2005) relataram a incidência de reações adversas

a medicamentos em idosos que chegam a ser duas a três vezes maior nessa população do que em adultos jovens, sendo agravadas e mais comuns durante a hospitalização do idoso.

Em contrapartida, um estudo de Mosegui *et al.* (1999), mostra que dos 2510 medicamentos usados 84 apresentavam um correspondente mais seguro que poderia ter sido substituído, nesses casos evitando o aumento de efeitos colaterais.

Outras consequências da polifarmácia, principalmente em idosos institucionalizados, estão relacionadas ao aumento de interações medicamentosas, internamentos, toxicidade, erros de medicação, desenvolvimento de comorbidades e de mortalidade envolvendo não adesão ao tratamento farmacológico e o alto custo com medicação (ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2004; GORZONI, PIRES, 2006, VIEIRA, 2007; AGUIAR *et al.*, 2008; SECOLI, 2010; ROSA, 2011; GIACOMIN, LIMA, CHAVES, 2012; NEVES *et al.*, 2013, SANTOS *et al.*, 2013).

Nos Estados Unidos para cada dólar gasto com medicamentos são gastos 1,33 dólares para tratar toxicidade advinda do seu uso (SECOLI, 2010). Outro estudo também feito nos Estados Unidos mostrou que 30% da despesa nacional de saúde era destinada a idosos. Na Europa as pessoas com 65 anos ou mais demandam duas a três vezes mais dos serviços de saúde que as pessoas abaixo dessa idade (GALLAGHER, BARRY, O'MAHONY, 2007). Serviços que incluem consultas com especialistas, atendimento de emergência e internação hospitalar ocasionadas por problemas advindos de medicamentos somam em países desenvolvidos 76,6 bilhões de dólares (SECOLI, 2010).

Estudos mostram o quanto a atividade do farmacêutico colabora para a redução da morbimortalidade relacionada a medicamentos (AGUIAR *et al.*, 2008). Segundo Quinalha e Correr (2010) o farmacêutico pode auxiliar nesses problemas e também informar sobre as patologias que acometem os idosos e sobre o uso correto do medicamento prescrito.

A revisão do histórico medicamentoso e a prescrição cautelosa de medicamentos novos são práticas que contribuem para o uso seguro de medicamentos. Além disso, deve-se sempre avaliar a real necessidade de uso do medicamento pelo idoso, essas práticas irão beneficiar os idosos (GORZONI, PIRES, 2006; CASTELLAR *et al.*, 2007). Alteração de dosagem ou interrupção da medicação em idosos institucionalizados podem desencadear efeitos colaterais.

Essas práticas podem ser minimizada por programas interinstitucionais de assistência ao morador de ILPI.

Outra questão a ser destacada é que os idosos moradores de Instituições de Longa Permanência geralmente não são incluídos em estudos farmacoepidemiológicos, apesar de serem multiusuários de medicamentos (CASTELLAR *et al.*, 2007). Por isso, as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas ocorridas nos idosos aliadas a poucos estudos clínicos existentes e a grande heterogeneidade dessa faixa etária resulta em falta de conhecimento sobre os efeitos dos fármacos contribuindo para a complexidade da farmacoterapia nos idosos e dificuldade de controle e uso racional de medicamentos (ROSA, 2011).

4 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPIs)

4.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

Para Chaimowicz (1997) e Andrade, Silva e Freitas (2004) a família parece ser o pilar principal da atenção oferecida ao idoso na relação família, comunidade e Estado. Leis Federais voltadas ao público idoso chamam a atenção para a importância da convivência familiar e comunitária do idoso (DEL DUCA *et al.*, 2012). Entretanto, dessa afirmação surgem três problemas: 1) não há políticas sociais que apoiem o membro da família que presta cuidado ao idoso com orientações e auxílio domiciliar; 2) o tamanho das famílias no Brasil vem diminuindo; 3) a baixa renda das famílias dificulta o atendimento ao idoso, visto que mais da metade dos idosos residem com famílias de renda que não ultrapassam três salários mínimos (CHAIMOWICZ, GRECO, 1999; SANTIAGO, MATTOS, 2014).

A atenção, portanto, que era dispensada aos idosos pela família vai necessitando de crescente intervenção pelo Estado ou de formas de cuidados institucionais (KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987; LENARDT *et al.*, 2006), pois nem sempre a família consegue exercer o cuidado ao idoso podendo ocorrer situações de abandono ou institucionalização (AGUIAR *et al.*, 2008; MORAIS *et al.*, 2012). Segundo Moraes *et al.* (2012) o observado aumento de idosos, discutido em capítulo anterior, reflete diretamente no número de moradores em ILPIs.

Para Gonçalves (2010, p.10) institucionalizar é definido por adaptar algo ou alguém em um estilo de vida existente “caracterizada por normas, princípios, valores e obrigações, mas também por direitos, liberdades e garantias”. O autor complementa afirmando que pensa a organização institucional como “pensada para o receber e lhe facultar o preenchimento das necessidades reveladas no seu dia-a-dia, ou seja, o Lar”.

No Brasil a institucionalização é a modalidade de serviço mais conhecida e praticada para idosos que precisam de cuidado de longa duração (CAMARGOS, 2013). Estatísticas mostram que diretamente proporcional ao envelhecimento é a demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (CHAIMOWICZ, 1997; CHAIMOWICZ, GRECO, 1999; YAMAMOTO, DIOGO, 2002; GORZONI, PIRES,

2006; ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010; ROSA, 2011; DEL DUCA *et al.*, 2012; MORAIS *et al.*, 2012; CAMARGOS, 2013; PIUVEZAM *et al.*, 2013; SANTIAGO, MATTOS, 2014) ocasionadas por condições demográficas, econômicas, sociais e de saúde (YAMAMOTO, DIOGO, 2002; ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2004; PARANÁ, 2008). Todavia, para Camargos (2013) ainda pouco se sabe sobre a demanda por institucionalização e o número de idosos nessa situação. Sabe-se que a institucionalização é mais frequente nas grandes cidades (COSTA, MERCADANTE, 2013). Santiago e Mattos (2014) relatam que no Brasil a baixa escolaridade e a idade avançada estão diretamente e positivamente associadas a institucionalização. Os idosos são encaminhados às ILPIs pela família, assistência social, vizinhos ou amigos (PARANÁ, 2008). Há também demanda pela criação de vagas em outros serviços públicos como os serviços de acompanhamento e de saúde dos idosos (CAMARGOS, 2013).

A carência de estudos voltados a Instituições para Idosos no Brasil dificulta a simulação de futuras demandas para a institucionalização (COSTA, MERCADANTE, 2013). Em 1984 um estudo feito pelo sociólogo francês Hôte em ILPIs do Brasil revelou que naquela época havia entre 0,6% e 1,3% de idosos em Instituições (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010). O recenseamento brasileiro de 2000 revelou que 113 mil idosos viviam em domicílios coletivos. Ainda segundo o recenseamento os estados da Federação com mais idosos institucionalizados são: Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Goiás e Rio Grande do Sul (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010). Estes autores informam ainda que o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que é responsável pelos cuidados de longa duração no Brasil, em 2005 financiou 1146 Instituições que atenderam 24859 idosos.

No Paraná a proporção de idosos institucionalizados é pequena. Em Contagem Populacional do IBGE em 2007 revelou que 5393 pessoas com mais de 60 anos viviam em ILPIs o que representa 0,5% da população total dessa faixa etária (PARANÁ, 2008). A incidência de institucionalização depende da estrutura etária e desenvolvimento de um país, mas também de fatores culturais, disponibilidade da família cuidar do idoso e cobertura da seguridade social (CHAIMOWICZ, GRECO, 1999). Nos Estados Unidos a população idosa institucionalizada representa 5% (CHAIMOWICZ 1997), mesma porcentagem que é encontrada na Inglaterra (KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987). Em países

desenvolvidos como Japão e Alemanha foram encontrados índices de 2% e 3,5% respectivamente (DEL DUCA *et al.*, 2012).

Pode-se supor que a baixa porcentagem de idosos institucionalizados deve-se mais à baixa oferta de vagas e rigor na admissão de moradores em ILPIs do que a real necessidade de institucionalização no Brasil (CHAIMOWICZ, 1997; CHAIMOWICZ, GRECO, 1999; ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010; CAMARGOS, 2013). Além disso, o aumento da expectativa de vida, as doenças crônico-degenerativas e os novos arranjos familiares tendem a aumentar a demanda por institucionalização (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010; CAMARGOS, 2013; GIACOMIN, COUTO, 2013).

Os lares para idosos apresentam uma população heterogênea onde pessoas com diferentes graus de dependência vivem juntos (ROSA, 2011). As Normas da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para funcionamento das ILPIs definem os três graus de dependência para idosos: grau de dependência I (idosos independentes para atividades da vida diária (AVD) mesmo que necessitando de algum equipamento de autoajuda como bengala, cadeira de rodas ou andador); grau de dependência II (dependência parcial necessitando de ajuda para até três atividades da vida diária como exemplos higiene, alimentação e mobilidade, mas sem comprometimento cognitivo) e grau de dependência III (dependência total, precisando de assistência em todas as atividades da vida diária e/ou com comprometimento cognitivo) (PARANÁ, 2008).

No estudo apresentado por Camargos (2013), nas ILPIs filantrópicas a admissão do idoso, quando surgia uma nova vaga, dependia do seu perfil socioeconômico e de saúde, sendo que em alguns lugares havia predileção por idosos independentes. Em caso de encaminhamento judicial para a institucionalização o idoso ocupava preferencialmente a vaga. Por entrevista foi relatado que não se aceitavam nas Instituições idosos com grau de dependência III, que são aqueles totalmente dependentes para atividades da vida diária, apesar desses idosos constarem nas listas de admissões (CAMARGOS, 2013).

Pode-se citar como causas da institucionalização as doenças como mal de Alzheimer, osteoartrite, cardiopatias e pneumopatias avançadas que causam dependências físicas e mentais; contudo, os principais motivos de internação são a miséria e o abandono (CHAIMOWICZ, 1997). Doenças crônicas degenerativas e suas sequelas, condições precárias de saúde, idade avançada, distúrbios de

comportamento, depressão, demência, ser solteiro, sem filhos, viuvez recente, morar sozinho, isolamento social, necessidade de reabilitação, falta de espaço físico para abrigo junto aos familiares, não ter um cuidador domiciliar, condições de maus tratos familiares, falta de recursos financeiros, abandono do idoso pela família, hospitalização e não autonomia são outros motivos da institucionalização (CHAIMOWICZ, GRECO, 1999; ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2004; PARANÁ, 2008; ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010; ROSA, 2011; MORAIS *et al.*, 2012; CAMARGOS, 2013).

De acordo com Rosa (2011) e Santiago e Mattos (2014) os idosos moradores de ILPIs possuem características peculiares que os diferenciam de outros idosos da comunidade. Isso é causado pela inatividade diária, isolamento, carência emocional, alta dependência funcional, baixa qualidade de vida, alta prevalência de doenças, problemas cognitivos, pouco autocuidado e baixo apoio financeiro (SOUSA, GALANTE, FIQUEIREDO, 2003; GORZONI, PIRES, 2006; ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010; SANTIAGO, MATTOS, 2014). A própria institucionalização diminui a autonomia do idoso devido à rotina que lhe é imposta gerando populações com limitação cognitiva (SOUSA, GALANTE, FIGUEIREDO, 2003; CASTELLAR *et al.*, 2007).

Castellar *et al.* (2007) também chama a atenção para o grau de dependência existente nessas Instituições destacando que o índice de dependência encontrado assemelha-se a idosos internados em hospitais. Para Andrade, Silva e Freitas (2004), a partir dos 80 anos 28% dos idosos necessitam de cuidados em tempo integral devido ao seu grau de dependência.

A frequência de múltiplas doenças e o uso consequente de muitos medicamentos são fatores recorrentes em idosos institucionalizados (ROSA, 2011).

4.1.1 As ILPIs no Brasil

O número de Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil cresce de maneira expressiva e seu surgimento não é recente, constituindo a modalidade mais antiga de institucionalização do idoso, sendo, portanto muito importante conhecer essa modalidade de serviço (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010).

Segundo estes autores em 2008 havia 249 ILPIs no Centro-Oeste, 49 no Norte e 693 no Sul.

Segundo Costa e Mercadante (2013), a primeira ILPI de que se tem registro no Brasil foi criada em uma chácara em 1790 para abrigar soldados portugueses que estavam idosos na época. Essa Instituição era destinada a militares e não ao público idoso em geral. Após 47 anos foi criado o decreto para fundação do “Asilo dos Inválidos da Pátria”, que após três décadas foi inaugurado em 1868 no Rio de Janeiro.

Em 1854 foi criado o “Asilo de Mendicidade” que além de mendigos abrigava também idosos. Nessa época os idosos habitavam as ruas da cidade sendo sua maior parte composta por idosos ex-escravos, situação que culminou na criação de instituições asilares (COSTA, MERCADANTE, 2013). Passou a existir nessa época o conceito de “velhice desamparada” para a qual foi criada no Rio de Janeiro, em 1890, a primeira Instituição (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010; COSTA, MERCADANTE, 2013). Na época essas Instituições eram um mundo à parte e ser morador da mesma era romper laços com a sociedade e com a família (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010).

O Decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996, do Governo Federal, em seu artigo 3º, definiu a modalidade asilar de atendimento aos idosos como o “atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social” e o amparo civil e socialmente (BRASIL, 1996). No Brasil existem também outras modalidades de atendimento ao idoso que atendem apenas em um período do dia, sendo elas: Centro de Convivência, Centro de Cuidados Diurno, Hospital-Dia, Casa-Lar e Oficina Abrigada de Trabalho (BRASIL, 1996; YAMAMOTO, DIOGO, 2002).

Existem várias denominações de Instituições de Longa Permanência para Idosos como casa de repouso, abrigo, lares, pensionato, sociedade, ancionato, asilo e clínica geriátrica (YAMAMOTO, DIOGO, 2002; GORZONI, PIRES, 2006; ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010; MORAIS *et al.*, 2012; COSTA, MERCADANTE, 2013). O uso do termo asilo é atualmente desaconselhado pois, segundo Costa e Mercadante (2013), esse termo tornou-se sinônimo de “abandono, pobreza e rejeição” e, segundo Camarano e Kanso (2010) o termo asilo é fortemente marcado por preconceitos historicamente constituídos. A palavra asilo é carregada de imagem

negativa e era empregada quando se referia à institucionalização de idosos carentes (COSTA, MERCADANTE, 2013).

Atualmente o termo Instituição de Longa Permanência para Idosos não é usado como simples sinônimos de asilo, mas sim representando uma nova organização e gestão de moradia para idosos (COSTA, MERCADANTE, 2013). A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia adota a denominação Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) como oficial para o que era anteriormente chamado de asilo e a define como um estabelecimento para atendimento integral institucional, tem como público alvo pessoas com 60 anos ou mais, sendo dependentes ou independentes, não dispondo de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010; CAMARANO, KANSO, 2010; MORAIS *et al.*, 2012; COSTA, MERCADANTE, 2013).

Santiago e Mattos (2014) caracterizaram as ILPIs no Brasil como sendo instalações públicas ou privadas que prestam atendimento institucional abrangente para indivíduos com 60 anos ou mais velhos, que são funcionalmente dependentes ou independentes e que não podem permanecer com suas famílias ou em suas próprias casas. Para outros as ILPIs são Instituições mantidas por órgãos governamentais e não governamentais, de caráter residencial, destinadas a propiciar atenção integral com condições de liberdade e dignidade, cujo público alvo são as pessoas acima de 60 anos, dependentes ou independentes, com ou sem suporte familiar, de forma gratuita ou mediante remuneração (BRASIL, 2004; PARANÁ, 2008; SILVA, 2010; MORAIS *et al.*, 2012).

Para Camargos (2013) as pessoas têm uma imagem negativa das Instituições de Longa Permanência para Idosos. Parte dessa imagem pode ter sido formada pela maneira como as ILPIs surgiram, para abrigar pessoas na pobreza, sem suporte familiar e com problemas de saúde pretendendo suprir as demandas sociais (CAMARGOS, 2013). Antes essas Instituições eram asilos de mendicidade que abrigavam idosos, pobres, pessoas com demência, crianças abandonadas e pessoas desempregadas (PARANÁ, 2008; ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010; CAMARGOS, 2013). Atualmente isso mudou, mas a qualidade dos serviços nessas Instituições deixa a desejar (CAMARGOS, 2013). Para o mesmo autor a Constituição Federal de 1988 quando determina que o cuidado do idoso é um dever da família reforça o preconceito com a institucionalização.

Yamamoto e Diogo (2002) discutem que as ILPIs no Brasil não têm o perfil de estabelecimentos de saúde, mas são praticadas nelas ações de promoção, proteção e reabilitação de saúde. Por outro lado a infraestrutura dessas Instituições tem sido apontada como impróprias à saúde dos institucionalizados, sendo os espaços pequenos, inseguros e limitando uma vida que deveria ser ativa (DEL DUCA *et al.*, 2012). Ainda, Araújo, Souza e Faro (2010) denunciam que, apesar de existirem ILPIs no Brasil com atendimento de qualidade, ainda é significativo o número de Instituições que não respeitam parâmetros básicos de funcionamento.

No Paraná foi elaborado documento intitulado “Instituições de Longa Permanência para Idosos - Caracterização e Condições de Atendimento”, com dados de 2008, obtidos a partir da Secretaria de Estado do Trabalho e Promoção Social e do Departamento de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de 2002 (PARANÁ, 2008). O objetivo foi caracterizar as ILPIs do Estado evidenciando suas condições de funcionamento, físicas e financeiras; as dificuldades que enfrentavam; a integração existente com a comunidade e serviços; atividades que proporcionavam aos idosos e um perfil dos idosos e dos profissionais que trabalhavam em ILPIs. Foi revelado que a população idosa já representava 10% da população total do Estado e apontada a existência de 277 ILPIs distribuídas em 159 municípios. Destas, 229 ILPIs foram pesquisadas e 77 possuíam uma mantenedora (instituição que provê recursos financeiros e operacionais) e apenas 26 disseram receber recursos financeiros. Do total de ILPIs 8,22% têm como mantenedora uma entidade religiosa, 6% organizações não-governamentais e 4% prefeituras (PARANÁ, 2008).

O IPEA e o Conselho Nacional do Idoso revelaram que os idosos acolhidos em ILPIs representam 0,8% (aproximadamente 17 milhões de pessoas) da população total com mais de 60 anos (ROCHA *et al.*, 2008; ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010). É previsto que no ano de 2030 esse número chegue a 35 milhões, sendo essa a faixa etária que mais cresce no país (ROCHA *et al.*, 2008).

O Estatuto do Idoso estabelece que na administração de uma ILPI o administrador deve ser capaz de manter o padrão mínimo de estrutura física e de pessoal exigidos pela ANVISA e qualidade de vida aos seus idosos. Como serviços de saúde as ILPIs recorrem à rede pública de saúde (unidades de saúde e SAMU) ou serviços da Instituição. Mesmo as ILPIs que contam com planos de saúde e serviços particulares usam o SUS para obter vacinas ou medicamentos. Dentre os

serviços da rede pública mais utilizados pelas ILPIs encontram-se os medicamentos seguidos pelo atendimento médico, vacinas, curativos e exames (PARANÁ, 2008).

4.1.2 Os profissionais de saúde em ILPIs e o cuidado com o uso de medicamentos

Para Moimaz *et al.* (2009) os profissionais de saúde que trabalham com idosos devem ter uma conduta humanista, com compromisso social e ético. Um estudo realizado em 1997 mostrou que 98% das ILPIs de Belo Horizonte não tinham enfermeiro trabalhando na Instituição e que 96% delas não tinham médico, sendo utilizada a unidade de saúde ou o atendimento por médicos voluntários. Fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia eram especialidades oferecidas em menos de 15% delas (CHAIMOWICZ, 1997).

Dados de 2008 (PARANÁ, 2008) apontaram que no Paraná havia 460 pessoas prestando serviços voluntários nas ILPIs sendo a maioria em atividades técnico-administrativas como gerente, advogado, administrador, seguidos por atividades da área da saúde como médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Demais atividades foram pouco desempenhadas por voluntários. Dentre as funções profissionais especializadas as de assistente social e farmacêutico, trabalhavam em média 26 horas semanais. Das 229 ILPIs estudadas foram encontrados profissionais farmacêuticos em 14 delas com carga horária semanal média de 10,4 horas. Os profissionais de nível superior da área da saúde predominantes eram os de enfermagem (4%) e fisioterapia (3%). Ainda, quanto a viabilizar capacitação para seus profissionais, 92 ILPIs (40%) se mostraram preocupadas.

Yamamoto e Diogo (2002) defendem que os profissionais de ensino superior e médio que prestam serviços a Instituições de Longa Permanência para Idosos devem ter acesso a formação específica para trabalhar com o público dessa idade, devido às peculiaridades das alterações decorrentes do processo de envelhecimento que exigem qualificação e conhecimentos específicos. Os autores lembram que o documento de caracterização e padrões mínimos de funcionamento das ILPIs estabelece que os recursos humanos necessários ao funcionamento das mesmas são: enfermeiro (24 horas por dia), médico, psicólogo, assistente social, terapeuta

ocupacional e fisioterapeuta (10 horas semanais), nutricionista (5 horas semanais). Em estudo realizado em Campinas, esses autores encontraram em apenas uma das seis Instituições analisadas todos os profissionais conforme a recomendação. Discutiram que o fato de ter os profissionais exigidos por si só não garante a qualidade dos serviços prestados e que nas Instituições que não seguem essa recomendação são cobrados dos funcionários existentes tarefas para as quais não têm competência, além da possível sobrecarga de funções e horário.

A Portaria 810 de 22 de setembro de 1989 do Ministério da Saúde adiciona a essa lista a necessidade de assistência odontológica, farmacêutica, apoio jurídico e administrativo, lazer e serviços gerais (BRASIL, 1989; YAMAMOTO, DIOGO, 2002; AGUIAR *et al.*, 2008).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) estabelecida pela Portaria nº 2528 do Ministério da Saúde, de outubro de 2006, afirma ser necessária uma abordagem interdisciplinar, global e multidimensional nos cuidados dispensados aos idosos pela diversidade de fatores físicos, psíquicos e sociais que norteiam a vida de um idoso (MORAIS *et al.*, 2012).

Vieira (2007) e Aguiar *et al.* (2008) defendem o quanto um farmacêutico participando da equipe multidisciplinar pode contribuir na promoção e proteção da saúde, acrescentando valor aos serviços prestados e fazendo seleção adequada de medicamentos e acompanhando a efetividade e segurança da farmacoterapia. Dois desafios dos farmacêuticos são promover o uso racional de medicamentos e realizar revisões e acompanhamento regulares do uso de medicamentos por idosos, com especial atenção aos possíveis efeitos adversos (ROZENFELD, 2003; FLORES, MENGUE, 2005).

Coelho Filho, Marcopito e Castelo (2004) postulam que é fundamental o envolvimento do profissional farmacêutico na condução de programas para o uso racional de medicamentos pela população idosa. Os autores sugerem algumas medidas como o treinamento dos profissionais quanto à prescrição e indicação de medicamentos para essa população e prática de sistemas de farmacovigilância com atenção especial ao uso de medicamentos por idosos. Erros em prescrições ou administração de medicamentos podem custar vidas (ROUTLEDGE, O'MAHONY, WOODHOUSE, 2003).

Uma assistência terapêutica efetiva e com atenção permanente por equipe multidisciplinar poderiam promover o uso racional de medicamentos e prevenir co-

morbidades advindas do uso de medicamentos, uma comunicação entre a equipe é fundamental para prevenir problemas relacionados a medicamentos (PRM) (ROUTLEDGE, O'MAHONY, WOODHOUSE, 2003; CASTELLAR *et al.*, 2007; CORRER *et al.*, 2007; SMANIOTO, HADDAD, 2013). É necessário que se mantenha na Instituição o quadro de profissionais de saúde exigido para “acompanhamento adequado e individualizado” dos idosos, garantindo a efetividade e segurança das terapias (CASTELLAR *et al.*, 2007; CORRER *et al.*, 2007; SMANIOTO, HADDAD, 2013).

Andrade, Silva e Freitas (2004) relembram que a atenção farmacêutica é componente da atenção à saúde, dirigida a promover e recuperar o bem-estar físico, psicossocial e econômico da população. Previne também a recorrência das enfermidades e promove o uso racional de medicamentos. Segundo os mesmos autores há uma grande importância dos profissionais farmacêuticos e enfermeiros na condução da terapia prescrita aos idosos. O farmacêutico tem importância fundamental na minimização dos erros na administração dos medicamentos já que analisa a prescrição e pode apontar possíveis perigos iminentes na farmacoterapia (ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2004).

Ainda, a atenção farmacêutica viabiliza a melhoria da saúde e qualidade de vida do paciente idoso, sempre com o intuito de promover um uso racional de medicamentos e uso de medidas não farmacológicas para tratamento de problemas de saúde (ANDRADE *et al.*, 2003). O objetivo da atenção farmacêutica é garantir “uma farmacoterapia racional, segura e custo-efetiva” (MENESES, SÁ, 2010). Para Smaniotto e Haddad (2013) a padronização dos prontuários de idosos institucionalizados permite um acompanhamento individual e a detecção de possíveis efeitos adversos a medicamentos.

Segundo o mesmo autor a monitorização do uso dos medicamentos é a fase em que mais ocorrem erros que podem ser evitados (70%). A avaliação da prescrição leva em conta se está dentro dos padrões estabelecidos enquanto a avaliação dos resultados analisa os resultados do uso de medicamentos que são secundários à prescrição (ROSA, 2011).

Smaniotto e Haddad (2013) defendem que a responsabilidade pela administração dos medicamentos aos idosos institucionalizados é da equipe de enfermagem. Além disso, afirmam ser uma atividade que requer “responsabilidade e embasamento científico” para que seja “segura” ao usuário do medicamento. Os

mesmos autores afirmam ainda que tão importante quanto a prescrição médica é a administração dos medicamentos. Ainda, a equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, deve ter conhecimento de farmacologia para que possa identificar interações e incompatibilidades medicamentosas e possíveis reações adversas, e assim reduzindo os riscos a que o paciente está propenso. Lembram os autores que no Decreto Lei nº 94.406 de 1987 do Governo Federal, no artigo 11, inciso III, alínea “a”, é estabelecido que fosse atribuição do auxiliar de enfermagem a administração do medicamento e, no artigo 13, que compete ao enfermeiro supervisionar, orientar e direcionar essa atividade (SMANIOTO, HADDAD, 2013). Neste contexto, os autores defendem que o enfermeiro deve se apoderar dessa atividade. Foi observado pelos autores, em estudo realizado em Londrina, entretanto, que as ILPIs não contavam com uma equipe multidisciplinar de saúde para acompanhamento de seus moradores. O gerenciamento era feito por enfermeiros não especializados em Gerontologia, havendo um profissional por período na Instituição.

Neste contexto, Vieira (2007) afirma que os auxiliares de enfermagem possuem “parcos” conhecimentos sobre medicamentos. Por outro lado, o farmacêutico pode ajudar com orientações na farmacoterapia do paciente, indicando possíveis efeitos adversos, quais atitudes tomar no caso de esquecimento de doses, riscos da interrupção prévia do tratamento, promoção e proteção da saúde, entre outros (VIEIRA, 2007; ROCHA *et al.*, 2008). Segundo Correr *et al.* (2007) a inclusão de um farmacêutico clínico em uma ILPI pode melhorar a qualidade do serviço prestado. Ribeiro *et al.* (2005) também destaca a necessidade da atuação do profissional farmacêutico na avaliação da farmacoterapia de idosos.

Segundo Routledge, O’Mahony e Woodhouse (2003) o crescimento mundial de idosos faz da farmacologia clínica geriátrica uma importante área de pesquisa com desafios de diminuir os riscos dos medicamentos existentes e dos recém-introduzidos no mercado.

O perfil levantado no Paraná mostrou que os profissionais de saúde mais frequentes nas ILPIs eram cuidadores de idosos, sendo 713. Dentre os cuidadores de idosos 31,1% deles eram responsáveis pela administração de medicamentos. Dentre as principais atividades dos auxiliares de enfermagem estavam auxiliar o idoso na medicação (89%), auxiliar na higiene (72%) e na alimentação (61%). Entre os técnicos de enfermagem 77,1% eram responsáveis pela administração da medicação. Com ocorrência menor foram encontrados profissionais para prestar um

atendimento mais especializado como fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, entre outros. Definiu-se também que essas Instituições deveriam ter serviços na área social, médica, de enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, odontologia como outros, dependendo das necessidades dos seus moradores (PARANÁ, 2008).

Ainda conforme o citado documento, os profissionais que trabalham em ILPIs não têm uma rede de apoio ao seu serviço respaldando e apoiando seu trabalho. Há distanciamento entre o que é preconizado pela ANIVISA e pelo Estatuto do Idoso e o atendimento dispensado nas ILPIs. Muitas dessas Instituições não conseguem ter profissionais especializados e qualificados trabalhando por restrições financeiras (PARANÁ, 2008).

A monitorização da farmacoterapia permite avaliar os efeitos terapêuticos e adversos. O serviço de revisão periódica da farmacoterapia dos idosos institucionalizados dos Estados Unidos é obrigatório desde 1974 e é feita por um farmacêutico “consultor do lar” e muitos estudos mostraram as vantagens para os idosos com esse serviço (ROSA, 2011). Segundo o autor, a prescrição e a administração dos medicamentos são as etapas mais frágeis e suscetíveis a erros do circuito do medicamento.

5 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

A velocidade com que a população envelhece está impondo ao Estado grandes dificuldades para lidar com o novo perfil epidemiológico que está se sobrepondo (CHAIMOWICZ, 1997). Para Moimaz *et al.* (2009) e Moraes *et al.* (2012) o evidente aumento da população idosa no mundo clama pela criação ou aprimoramento de políticas públicas voltadas a essa população almejando um envelhecimento saudável. Essas políticas precisam ser efetivas para o cuidado já que o que a Política Nacional do Idoso estabelece há quase 20 anos é apenas simbólico (GIACOMIN, COUTO, 2013). Para Piuvezam *et al.* (2013) apesar de inúmeras políticas garantindo direitos dos idosos elas são ainda insuficientes principalmente no que se refere ao idoso institucionalizado.

O sistema público de saúde do Brasil está voltado a infantes e crianças por determinações históricas, notando-se por esse fato que não está preparado para atender às necessidades da população idosa que cresce e determina novo perfil demográfico e epidemiológico (CHAIMOWICZ, 1997; BÓS, BÓS, 2004). Nota-se também que os profissionais de saúde não estão preparados para atender a demanda crescente de idosos (QUINALHA, CORRER, 2010).

O Brasil, ainda preocupado com a mortalidade infantil e com doenças transmissíveis, não desenvolveu estratégias para a prevenção e controle das doenças crônico-degenerativas e suas complicações que acometem o indivíduo idoso (CHAIMOWICZ, 1997). Dessa forma, os idosos não encontram amparo suficiente no sistema público de saúde e sofrem com as consequências de suas doenças, perdendo autonomia e qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997; ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2004). Entretanto, o envelhecimento da população brasileira deve ser enfrentado como de responsabilidade de toda a sociedade (CHAIMOWICZ, GRECO, 1999) e essa categoria social não pode ser ignorada (FECHINE, TROMPIERI, 2012).

Esporadicamente, são divulgados na imprensa escândalos envolvendo Instituições de Longa Permanência para Idosos. Isso pode ser exemplificado pelo caso da Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, quando 100 idosos faleceram em menos de três meses (CHAIMOWICZ, 1997).

Para Chaimowicz (1997) isso é apenas a “ponta de um iceberg no que se refere às desconhecidas condições de saúde dos idosos assistidos”. O mesmo autor denuncia também o descaso dos Estados na manutenção e fiscalização das ILPIs como observado em São Paulo. Uma ILPI que acolhia 114 idosos era suja por fora e cheirava mal. A Instituição passava por dificuldades financeiras por depender de doações e apesar de já estar aberta há cinco anos, na época, nunca tinha sido visitada pela Vigilância Sanitária e não seguia normas do Ministério da Saúde.

Segundo o mesmo autor, há duas formas de diminuir os problemas causados pelo envelhecimento populacional nos sistemas de saúde e assistência social: melhoria do apoio formal e informal ao idoso e melhoria na saúde com compressão da morbidade.

Os dados apresentados no estudo realizado por Santos *et al.* (2013), como o uso de 2846 medicamentos por 934 idosos sendo 6,8% destes medicamentos impróprios ou o fato de 16,2% serem usados por automedicação, segundo palavras do próprio autor, podem servir de alerta aos gestores de saúde, melhorando a rede de saúde para a demanda de idosos existentes assim como preparar a estrutura para a população de idosos que cresce em ritmo alarmante.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos e suas equipes “dispõem de pouco tempo para se prepararem para o futuro com mais idosos, cada vez mais próximo” (GORZONI, PIRES, 2006, p.1128). Para Del Duca *et al.* (2012) “políticas públicas ligadas à saúde do idoso precisam desenvolver mecanismos de suporte e cuidado” frente à crescente população de idosos no país.

A partir de 1990 estudos longitudinais vêm sendo feitos baseados em amostras representativas de adultos mais velhos de países como Canadá, Estados Unidos, Índia, China e muitos países europeus. Espelhando-se nessas medidas foi aprovado no Brasil o “Estudo Longitudinal da Saúde e Bem-Estar de Idosos Brasileiros” (Elsi-Brasil) apoiado pelo Ministério da Saúde. Esse projeto produzirá informações sobre as condições socioeconômicas, aspectos psicossociais, comportamentos em saúde, uso dos serviços de saúde entre outros tendo como amostra os brasileiros com idade igual ou superior a 50 anos. Esses resultados permitirão melhor atendimento nesses setores e poderão subsidiar políticas públicas (COSTA *et al.*, 2012).

Ainda tendo como base o envelhecimento da população, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2004 um projeto com o objetivo de

conscientizar e capacitar os profissionais da atenção primária à saúde sobre as necessidades específicas dos idosos, dando ênfase ao acolhimento ao idoso e à sua participação quanto às decisões da própria saúde (RODRIGUES *et al.*, 2009).

Huf, Lopes e Rozenfeld (2000) chamam a atenção para que muitos idosos no país ainda tenham sua saúde preservada, portanto as políticas de promoção da saúde devem estar voltadas também para esse grupo para evitar surgimento de doenças e consequências advindas delas. É importante também almejar uma melhoria na qualidade de vida das pessoas que já envelheceram e daqueles que ainda estão no processo de envelhecimento (KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987).

Já em 1987 defendia-se a teoria de quanto mais pessoas envelhecem maior a necessidade de recursos para atender às suas necessidades peculiares. O ideal da realização de um planejamento cuidadoso e em longo prazo para resolver problemas da população que envelhece, infelizmente, não é o que acontece. A tendência é que os problemas sejam resolvidos em separado, na ordem em que aparecem, como é feito as ações e decisões não refletem prioridades pré-estabelecidas (KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987).

Sendo grande a incidência de doenças crônicas em idosos (NÓBREGA, KARNIKOWSKI, 2005; RIBEIRO *et al.*, 2005), como o próprio nome diz, não são de desfecho rápido, forçam essa população a voltar dia após dia à porta do hospital exigindo alguma atitude dos governos. Como exemplo em países desenvolvidos, a Inglaterra gasta com idosos cerca de três vezes mais que o valor *per capita* com o restante da população (KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987).

Kalache, Veras, Ramos (1987) defendem que a maneira com que cada país em desenvolvimento responderá ao envelhecimento de sua população vai depender do grau de conscientização do problema por parte da sociedade, dos profissionais e dos políticos em especial. O envelhecimento repercute nas estruturas social, econômica, sanitária, política e cultural da sociedade (RIBEIRO *et al.*, 2005; ROSA, 2011). Se o envelhecimento for marcado por doenças prolongadas e consequente perda de autonomia os recursos que serão exigidos podem chegar a tal soma que será impossível que a sociedade dê conta do problema (KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987; ROSA, 2011).

Para Ramos (2003) o Estado deve atuar com políticas que visem aumentar o máximo possível o tempo de permanência do idoso na comunidade aproveitando ao máximo sua independência. Para cumprir essa tarefa mantendo a capacidade

funcional dos idosos vários profissionais precisam atuar em conjunto como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais, tendo em vista que a presença desses profissionais deve ser prioridade. O mesmo autor defende também a criação de disciplinas nas faculdades de saúde para a área de geriatria e gerontologia.

Os estudos realizados quanto ao uso de medicamentos por idosos ainda são escassos e geralmente voltados aos que vivem na comunidade e não aos institucionalizados, fato que dificulta a implantação de uma assistência farmacêutica integrada à realidade brasileira e consequente melhoria da qualidade da atenção prestada à saúde do idoso no Brasil (RIBEIRO *et al.*, 2005; MENESES, SÁ, 2010; COSTA, MERCADANTE, 2013; SMANIOTO, HADDAD, 2013). Coelho Filho, Marcopito e Castelo (2004) postulam que uma das formas para se colocar em prática o uso racional de medicamentos por idosos no Brasil é incentivando a implantação de sistema de farmacovigilância com especial atenção ao uso de medicamentos por idosos.

Em Portugal também foi concluído que há pouco conhecimento quanto ao uso de medicamentos por idosos principalmente quanto aos institucionalizados. Entretanto tem-se demonstrado que idosos institucionalizados que apresentam múltiplas doenças crônicas usam até quatro vezes mais medicamentos que os idosos que vivem na comunidade (ROSA, 2011). Smaniotto e Haddad (2013) também constataram que os idosos institucionalizados usam mais medicamentos do que os que vivem na comunidade. Sousa, Galante e Figueiredo (2003) relataram que em Portugal a população idosa também tem pouca atenção dispensada por parte dos pesquisadores.

Para Bloom (2012) os países em desenvolvimento terão população envelhecida antes de serem ricos ou terem estrutura social para apoiar essa parcela da população. Segundo o mesmo autor os governos dos países em desenvolvimento devem agir de forma rápida frente ao envelhecimento da população para garantir o acesso à saúde. As políticas e programas voltados a idosos em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, ficam atrás das demandas que essa população apresenta. Neste sentido, Chaimowicz e Greco (1999) lembram que a “implantação de políticas de fiscalização e suporte” às Instituições de Longa Permanência para Idosos deveria antecipar-se ao aumento da demanda por vagas em ILPIs que deve ser ainda maior em um futuro próximo.

Para Karsch (2003) e Lenardt *et al.* (2006) a velhice com dependência e sem autonomia está escondida nos lares ou em Instituições de Longa Permanência, ficando assim fora da visão pública, impossibilitando uma preocupação política de ordem social. Houve avanço nas políticas de proteção social ao idoso, mas ainda se encontram escassas em ofertas de serviços e saúde pública e no alcance dessas atividades (KARSCH, 2003). O autor afirma que o Estado se omite deixando a responsabilidade de um idoso dependente para a família. Ainda segundo Karsch (2003) inexistiu uma política mais consolidada acerca do apoio que uma rede de serviços deve oferecer ao idoso dependente e à sua família. Por outro lado, há quem afirme que o envelhecimento tem levado a um atendimento público da velhice o qual muito tempo foi considerado função da esfera privada e da família (PARANÁ, 2008).

Yamamoto e Diogo (2002) trazem a discussão da fiscalização sanitária precária que há nas Instituições de Longa Permanência, que não fiscalizam documentos de habilitação profissional ou ocupacional das pessoas que trabalham nessas Instituições. O mesmo autor relata que também compete aos órgãos fiscalizadores supervisionar os profissionais de nível médio que prestam serviços nas ILPIs (YAMAMOTO, DIOGO, 2002). Os autores destacam também a necessidade de “incentivo governamental” na forma de isenção de impostos e verbas para serviços destinados a idosos.

O artigo 49 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, do Governo Federal, defende a adoção pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos das seguintes medidas: conservar vínculos familiares, assistir de forma personalizada e em pequenos grupos, salvo em caso de força maior manter o idoso na mesma Instituição, fazer o idoso participar de atividades comunitárias internas e externas, fazer cumprir direitos e garantias dos idosos, preservar a identidade do idoso e oferecer ambiente de respeito e dignidade (MORAIS *et al.*, 2012).

O envelhecimento da população tende a exigir cada vez mais dos serviços de saúde, principalmente nas próximas décadas (ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2004). Atualmente a oferta de serviços é insuficiente (PIUVEZAM *et al.*, 2013). Assim sendo é imprescindível a criação de políticas públicas específicas para esse público, sendo necessário para isso o conhecimento das necessidades e estilo de vida dessa faixa etária (ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2004). Para Lenardt *et al.* (2006) essas políticas públicas devem levar em conta o ambiente de trabalho, a formação e atuação dos profissionais que trabalham em lugares onde vivem idosos.

Dizem também que na situação de despreparo quem mais sobre é o idoso em razão da sua fragilidade (LENARDT *et al.*, 2006).

Lenardt *et al.* (2006) afirmam que as Instituições de Longa Permanência para Idosos devem fornecer instalações físicas adequadas, fornecer vestuário, se for pública, alimentação suficiente, promover cuidados à saúde conforme necessidade de cada morador e “atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer” mantendo nas ILPIs profissionais com formação específica. O profissional deve ter claro que ele é o orientador principal na promoção da saúde do idoso (LENARDT *et al.*, 2006). Para Rosa (2011) os cuidados de saúde são um serviço que deve ser oferecido pelas Instituições de Idosos levando em conta as peculiaridades dessa população.

Silva (2010) defende que “as políticas, os serviços, as Instituições e os agentes de proteção sociais convencionais” não estão mais atendendo de forma satisfatória a demanda de serviços ocasionada pelo aumento de idosos, dessa forma é necessária uma revisão dessa assistência tanto pelo Estado como pela sociedade.

A 1ª Assembleia Mundial, da Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 1982 sobre o Envelhecimento foi o marco das discussões sobre o envelhecimento da população (SILVA, 2010). O Brasil participou do evento junto com mais 123 países. Na Assembleia foi criado o Plano de Ação para o Envelhecimento que foi publicado no ano seguinte ao evento em Nova Iorque. Esse plano visava conscientizar Governos e sociedade para a necessidade de políticas públicas voltadas a idosos e estudos sobre o tema (SILVA, 2010). O envelhecimento é uma questão pública e é preciso que se dê conta de uma nova organização para o idoso morar (COSTA, MERCADANTE, 2013).

Para Giacomini e Couto (2013) para uma sociedade envelhecer bem e ser participativa na sociedade são necessárias políticas públicas efetivas ao longo de toda a vida do cidadão. A publicação de Leis com conteúdos iguais ou semelhantes a Leis já publicadas pode reforçar o conteúdo e fazer valer a norma, mas se não funciona temos uma legislação puramente simbólica. O desafio é tornar a Constituição Federal e o Estatuto do Idoso leis efetivas (GIACOMINI, COUTO, 2013).

Segundo Camargos (2013) no Brasil ainda existem poucos programas do Estado voltados a prestar assistência aos idosos que não têm o apoio familiar ou sem recursos financeiros. Neste sentido, lembra-se que no Brasil as ILPIs não são

frutos de políticas públicas, mas sim da ausência delas e têm relação estreita com a filantropia e a religião (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010; COSTA, MERCADANTE, 2013; GIACOMIN, COUTO, 2013).

Nas ILPIs os idosos recebem cuidados descoordenados da assistência social e de saúde. Nunca houve interesse em fiscalizar o cuidado prestado pelo poder público nas ILPIs ou os gestores dessas Instituições, os quais podiam ser chamados à responsabilidade (GIACOMIN, COUTO, 2013). Rozendo e Justo (2012) defendem que uma primeira preocupação do Estado deve ser gerar recursos para investir em ações e serviços voltados à pessoa idosa. Financiar projetos, serviços e Instituições são fundamentais para o direcionamento de políticas públicas (ROZENDO, JUSTO, 2012).

Contudo, o Estado não regula o cuidado em ILPIs, mas cobra por ele, pois as Instituições filantrópicas são mantidas pela renda dos idosos, o que foi estabelecido pelo Estatuto do Idoso quando torna facultativa a cobrança de encargos dos idosos nessas Instituições (GIACOMIN, COUTO, 2013). No Paraná foi relatado que há Instituições filantrópicas que arcam integralmente com os custos para manter os idosos nas casas (PARANÁ, 2008). As ILPIs ligadas a comunidades religiosas ou grupos étnicos específicos apresentam capacidade administrativa mais desenvolvida e mais envolvimento comunitário (PARANÁ, 2008).

Nas regiões Norte e Centro-Oeste do país, 55% do financiamento das ILPIs são de origem pública, enquanto no Sul há apenas 15%. Isso se deve ao fato de que no Sul quase 50% das ILPIs são particulares com fins lucrativos (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010). Atualmente as atividades de institucionalização de longa permanência são desempenhadas por entidades religiosas, públicas, privadas, com ou sem fins lucrativos ou apoio público, que culmina em vários tipos de Instituições e qualidade de atendimento (PARANÁ, 2008).

“Existem poucos dados disponíveis sobre essas Instituições para subsidiar a gestão de políticas públicas na área” (PARANÁ, 2008, p.9). Segundo Costa e Mercadante (2013) nos últimos 20 anos vêm aumentando o número de ILPIs de caráter privativo em especial no Sul e Sudeste. Exemplificando, no Rio Grande do Sul 67% do que é arrecadado mensalmente pelas Instituições vem de encargos cobrados dos moradores (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010).

Giacomin e Couto (2013) também fazem uma crítica questionando quais são as outras opções oferecidas em Leis como Constituição Federal de 1988, Estatuto

do Idoso, Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde do Idoso e Sistema Único de Assistência Social considerando que a institucionalização não deve ser a primeira escolha para o idoso.

Segundo Piuvezam *et al.* (2013) observa-se que uma maior atenção é dispensada a idosos que vivem na comunidade em detrimento dos institucionalizados, mas que a atenção dos gestores para esse público tende a aumentar e que há uma parceria entre a Secretaria de Ação Social e a Secretaria de Saúde no cuidado voltado a ILPIs.

O Estatuto do Idoso é a regulamentação que mais apresenta direitos assegurados aos idosos, segundo Moimaz *et al.* (2009), garantindo inserção social, participação ativa na sociedade e qualidade de vida. O mesmo autor postula que estudos devem ser feitos para saber o conhecimento que os profissionais de saúde têm sobre a legislação para idosos e qual sua aplicabilidade (MOIMAZ *et al.*, 2009). Neste sentido, no estudo feito nas ILPIs no Paraná, quando perguntados sobre o conhecimento que seus responsáveis tinham da resolução da ANVISA que rege o funcionamento das Instituições e sobre a RDC 283 / 05, 139 (61%) dos entrevistados disseram conhecer a resolução, 81 (35%) disseram não conhecer e 9 (4%) não souberam responder à pergunta (PARANÁ, 2008).

As ações públicas voltadas às ILPIs estão ligadas ao estabelecimento de normas e sua fiscalização pelo serviço de Vigilância Sanitária das três esferas dos governos. O governo federal estabelece as normas e padrões de funcionamento e os governos estaduais e municipais de fiscalização, orientação e prevenção de riscos à saúde a que fica exposta a população institucionalizada (PARANÁ, 2008).

Para Araújo, Souza e Faro (2010) o ato de cuidar do idoso envolve afeto, disponibilidade física e emocional, mas também condições financeiras e suporte do Estado. As Instituições brasileiras ainda têm a administração dos serviços de saúde ou de habitação ultrapassada. Os autores lembram que nesses locais o idoso morador tem sua individualidade violada, perdem o controle da própria vida, perdem o direito de participação na sociedade e à privacidade, geralmente ainda com relação difícil com funcionários e com o mundo exterior (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010).

Quanto à profissão de cuidador, esta não está regulamentada do ponto de vista trabalhista, os cursos para formação de cuidadores não estão no sistema

educacional e o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (BRASIL, 1999) ainda não está efetivado (GIACOMIN, COUTO, 2013).

Para Costa e Mercadante (2013) é preciso pensar em uma “reestruturação” das ILPIs visando melhor atendimento e qualidade de vida aos idosos. Devem-se elaborar políticas, investigar questões científicas e estimular a análise, reflexão e vivência da situação pela sociedade, com reflexo na atual e na futura geração de idosos. É interesse de todos poderem planejar seu futuro como idosos (COSTA, MERCADANTE, 2013).

As Instituições devem ter permanentes atividades de educação em gerontologia aprimorando tecnicamente os profissionais que trabalham na Instituição. É de responsabilidade do responsável técnico da Instituição o cuidado com os medicamentos em uso pelos seus idosos, respeitando os regulamentos da vigilância sanitária quanto ao guardar e administrar medicamentos, não podendo ser guardados na casa medicamentos que não estejam prescritos (PARANÁ, 2008).

O uso de medicamentos por idosos gera preocupações quanto aos gastos excessivos e aos efeitos que causam, beneficiando ou prejudicando, dessa forma o uso racional de medicamentos, fundamental para prevenir esses problemas desonerando o sistema público de saúde e dando mais qualidade de vida aos idosos (ROZENFELD, 2003; NÓBREGA, KARNIKOWSKI, 2005).

Aguiar *et al.* (2008) realçam a necessidade de estudos mais amplos para melhoria das prescrições, da estrutura dos serviços farmacêuticos e inserção desse profissional nas Instituições de Longa Permanência para Idosos a fim de alcançar o uso racional de medicamentos nesses estabelecimentos. Rocha *et al.* (2008) complementam afirmando que na assistência à saúde do idoso é evidente a relação entre o uso correto de medicamentos e as atividades de atenção farmacêutica desempenhadas pelos profissionais farmacêuticos.

5.1 A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PARA IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Na Constituição Federal de 1988, os idosos passaram a ser considerados indivíduos de direitos diferenciados, merecedores de atenção especial. Essa atenção se efetivou por uma rede de seguridade social, tendo como apoio a

Previdência, Saúde e Assistência Social (BRASIL, 1988). Para Rozendo e Justo (2012) a Constituição Federal é “considerada um marco histórico da legislação e dos direitos da pessoa idosa”.

A Constituição Federal abriu espaço para o estabelecimento de leis específicas para idosos que hoje existem em número significativo no país, sendo exemplos: Lei 8.842 denominada Política Nacional do Idoso que buscou implantar políticas em todo o país; Decreto 1.948 que regulamenta a Lei 8.842 postulando a implantação de modalidade não asilar para atendimento ao idoso (centros de convivência, centros de cuidados diurnos, etc); Portaria 73 estabelecendo diretrizes para o funcionamento de Instituições e programas voltados a idosos e o Estatuto do Idoso com vários direitos especiais ao público idoso (ROZENDO, JUSTO, 2012).

Em 22 de setembro de 1989 foi expedida pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº 810, que foi a primeira a dispor sobre as Normas para Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições destinadas ao Atendimento ao Idoso. Foram assim estabelecidas definição, organização, área física e recursos humanos, tendo sido por muito tempo a única regulamentação especificamente dirigida às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) (BRASIL, 1989; YAMAMOTO, DIOGO, 2002; PINTO, SIMSON, 2012). No entanto muitas Instituições funcionam sem seguir as normas e padrões recomendados, não oferecendo lazer, assistência social e saúde e mesmo com o aval para funcionarem percebe-se que estão longe de atenderem adequadamente a população idosa (YAMAMOTO, DIOGO, 2002; MORAIS *et al.*, 2012). Para Araújo, Souza e Faro (2010) as ações da Portaria 810 são insuficientes e por isso é preciso uma parceria com o poder público, sociedade, profissionais e idosos para continuar nas ações bem-sucedidas e colocar em prática novos serviços.

Em 1994, com a Lei nº 8.842 que criou os Conselhos do Idoso, foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI) que, segundo Martins e Massarollo (2010), foi a primeira política específica para o público dessa faixa etária e que não trouxe maiores referências à assistência asilar (BRASIL, 1994; BRASIL, 1996; PINTO, SIMSON, 2012; ROZENDO, JUSTO, 2012; SILVA *et al.*, 2012). A Política Nacional do Idoso tem por objetivo garantir os direitos sociais do idoso promovendo sua autonomia, integração e participação na sociedade (MARTINS, MASSAROLLO, 2010). Todavia, no Decreto nº 1.948 de 1996, que regulamentou a PNI, a assistência asilar é assegurada aos idosos como uma responsabilidade da União, dos estados e

dos municípios (BRASIL, 1994; BRASIL, 1996; PINTO, SIMSON, 2012; ROZENDO, JUSTO, 2012; SILVA *et al.*, 2012).

Em 10 de dezembro de 1999 foi criada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) pela Portaria 1.395 do Ministério da Saúde, estabelecendo diretrizes para a definição e redefinição de programas, projetos, planos e atividades para atenção ao público em processo de envelhecimento: promoção de um envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional, assistência à saúde, recuperação da capacidade funcional comprometida, apoio a estudos e pesquisas, entre outros, em sintonia com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (PARANÁ, 2008; SILVA, 2010). Essas tarefas se consolidam com a parceria entre as ILPIs e a rede de atenção primária à saúde, como exemplos: o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), serviços de saúde mental entre outros existentes (PARANÁ, 2008).

Em agosto de 2000 foram instituídas modalidades de atendimento assistencial a idosos, priorizando ações para destinatários com rendimento familiar *per capita* de até meio salário mínimo. Essa conquista veio por meio da expedição da Portaria nº 2.854 da Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS). Foi estabelecido que as instituições asilares fossem mantidas e que fossem criadas novas modalidades como casa-lar, república, centro-dia, centro de convivência e atendimento domiciliar, tendo a família como referência da atenção. Todavia, essas modalidades têm-se desenvolvido pouco e de forma desigual pelo país. Além disso, não chegam a atender um contingente significativo de idosos (BRASIL, 2000; PINTO, SIMSON, 2012).

A Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, do Ministério da Previdência em conjunto com a Secretaria de Estado da Assistência Social estipulou diretrizes para o funcionamento dos programas e Instituições voltados à atenção ao idoso (ROZENDO, JUSTO, 2012). Isso representou uma consolidação da Política Nacional do Idoso de 1994 (MOIMAZ *et al.*, 2009). A mesma Portaria definiu as três modalidades de divisão das ILPIs e apresenta a quantidade recomendada de residentes para cada modalidade, modalidades estas já descritas anteriormente. Não é permitido residir idosos portadores de dependência física acentuada ou doença mental incapacitante. A capacidade máxima recomendada é de 22 pessoas (BRASIL, 2001).

Em maio de 2002 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) pelo Decreto 4.227 do Ministério da Justiça, porém outras descrições do CNDI foram dadas pelo Decreto 5.109 de junho de 2004, que revogou o anterior (MOIMAZ *et al.*, 2009). O Decreto 4.227 estabelecia: aperfeiçoar a Política Nacional do Idoso por meio de sugestão de proposições, acompanhar a implementação da Política Nacional do Idoso nos estados e municípios, apoiar a criação de conselhos de direitos do idoso nos estados e municípios (MOIMAZ *et al.*, 2009).

Em 2004 foi criada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) que consolidava princípios, objetivos, diretrizes e ações particularizando a proteção social básica por meio dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), bem como proteção social de média e alta complexidade por meio dos Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS). Ainda, propondo e implantando o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (SILVA, 2010).

Em julho de 2005 foi efetivada a Norma Operacional Básica (NOB 1/05), instrumento que normaliza o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O atendimento em ILPI enquadra-se, a partir desse marco, como serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, devendo ser executado em parceria entre estado, município e a sociedade civil (SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS), 2005; PINTO, SIMSON, 2012).

Para nortear sua missão de fiscalizar as ILPIs, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou em setembro de 2005 a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 283. Nessa RDC, que posteriormente recebeu pequenas correções através da RDC 94 de 2007, encontra-se o Regulamento Técnico para o Funcionamento das ILPIs. Tal regulamento estabelece as Normas Gerais de Funcionamento das ILPIs e os seis indicadores de notificação anual obrigatória para a avaliação de desempenho e padrão da ILPI (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007; MOIMAZ *et al.*, 2009; PINTO, SIMSON, 2012).

Em 2006 foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa pela Portaria 2.528 do Ministério da Saúde, que tem por objetivo a atenção à saúde dos cidadãos com 60 anos ou mais estabelecendo promover, recuperar e manter a independência e autonomia dos idosos em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS (MOIMAZ *et al.*, 2009; MARTINS, MASSAROLLO, 2010). Para Moimaz *et al.* (2009) a referida política foi um marco no avanço das políticas voltadas aos idosos e esteve pautada no Pacto pela Saúde, Portaria 399 do Ministério da Saúde de

fevereiro de 2006, que visava a consolidação e o avanço do SUS (MOIMAZ *et al.*, 2009).

O Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, trouxe ainda uma definição de ILPI em seu artigo 3º: modalidade asilar de atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social, que rege a vida do mesmo por meio de normas específicas (BRASIL, 1996; YAMAMOTO, DIOGO, 2002; SILVA, 2010; GIACOMIN, LIMA, CHAVES, 2012). Outra definição de ILPI é: lar especializado que oferece assistências de gerontologia e de geriatria direcionadas à necessidade de cada morador e ao mesmo tempo aconchego de um lar onde são respeitadas a intimidade e a identidade de cada idoso (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010).

Ressalta-se que atendendo a significativa mobilização de especialistas, da população em geral e a compromissos internacionais, foi promulgado em 1º de outubro de 2003 o Estatuto do Idoso por meio da Lei nº 10.741 (BRASIL, 2003; MARTINS, MASSAROLLO, 2010; PINTO, SIMSON, 2012; SILVA *et al.*, 2012). Cinco capítulos do Estatuto do Idoso discursam sobre as entidades de atendimento ao idoso como normas para área física, obrigações e atuação das Instituições, representação civil e criminal do responsável pela Instituição, infrações administrativas e processo judicial de irregularidades de atendimento nas entidades (MOIMAZ *et al.*, 2009).

O Estatuto do Idoso estabelece que o idoso tenha respeitado todos os direitos fundamentais de qualquer pessoa, devendo ser garantido por lei todas as facilidades para preservar sua saúde física e mental em condições de liberdade e dignidade (PARANÁ, 2008; MARTINS, MASSAROLLO, 2010). A Constituição Federal, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso estabelecem ainda que é dever da família, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso o “direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar comunitária” (YAMAMOTO, DIOGO, 2002; MOREIRA, CALDAS, 2007; PARANÁ, 2008; MOIMAZ *et al.*, 2009; MARTINS, MASSAROLLO, 2010; MORAIS *et al.*, 2012; GIACOMIN, COUTO, 2013). Neste contexto, Martins e Massarollo (2010) relembram que muitas das garantias do Estatuto do Idoso já haviam sido asseguradas em

outras leis, como na Constituição Federal, que prevê que um dos objetivos da assistência social é a proteção à família e à velhice.

Sendo assim, o Estatuto do Idoso tornou prática a compreensão e aplicação do que é estabelecido como direito dos idosos, pois contemplou as leis já existentes organizando-as em tópicos, explicando os direitos e referindo as consequentes punições (MARTINS, MASSAROLLO, 2010). Além disso, trouxe mais direitos como considerar o idoso com prioridade no atendimento, já que na Lei dos Direitos dos Usuários o idoso era considerado usuário comum (MARTINS, MASSAROLLO, 2010).

O Estatuto representa uma ascensão legal, pois regulamenta princípios já garantidos pela Constituição de 1988, mas que até o momento encontravam pouco respaldo legal para se afirmarem na prática (MARTINS, MASSAROLLO, 2010). No documento encontra-se referência às ILPIs no Título IV - Da Política de Atendimento ao Idoso - Capítulos II a VI - onde são apresentados requisitos, princípios norteadores, regras de fiscalização e penalidades. Nos artigos 35 e 37 dos capítulos sobre Assistência Social e Habitação as ILPIs também são citadas (BRASIL, 2003; PINTO, SIMSON, 2012).

O Estatuto do Idoso estabelece ainda que as entidades governamentais e não governamentais de assistência ao idoso estão sujeitas à inscrição de seus programas junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, que zelará pelo atendimento às normas deste Estatuto e da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 2003; SILVA *et al.*, 2012). A fiscalização das entidades de atendimento ao idoso, e especificamente das ILPIs, passa a estar a cargo dos Conselhos do Idoso, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária (PINTO, SIMSON, 2012). Mesmo com a Política Nacional da Saúde do Idoso de 1999 e o Estatuto do Idoso de 2003, foi apenas em 2006 que mediante o Pacto pela Saúde que o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ver a saúde do idoso como uma prioridade (RODRIGUES *et al.*, 2009). Lembram os autores que se tinha como objetivos manter o idoso funcional e dar prioridade no atendimento àquele idoso frágil.

Na esfera municipal, em Curitiba, PR, há duas importantes Leis que são pertinentes ao assunto: a Lei Ordinária nº 11.391, de 25 de abril de 2005, que dispõe sobre a Política Municipal de Atenção ao Idoso (CURITIBA, 2005) e a Lei Ordinária nº 11.919, de 26 de setembro de 2006, que autoriza o Poder Executivo a criar e

implantar o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa – CMDPI, a Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa e o Fundo Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, e dá outras providências (CURITIBA, 2006).

Em 2009, a Prefeitura Municipal de Curitiba juntamente com a FAS, a Diretoria de Proteção Social Especial (DPSE), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Diretoria de Saúde Ambiental / VISA criou o Protocolo Qualidade em Instituições de Longa Permanência para idosos – PQILPIs (Orientação para Gestores – Pessoas Idosas e Familiares) (PROTOCOLO QUALIDADE EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - PQILPIs, 2009) baseado na RDC 283 de 2005. Esse Protocolo define que a Licença Sanitária para estabelecimentos que atendem a pessoa idosa será concedida após vistoria conjunta das equipes da FAS (Núcleos Regionais) e da Secretaria Municipal de Saúde - Vigilância Sanitária (Distritos Sanitários). As ILPIs que atenderem os critérios definidos no Roteiro de Supervisão da FAS e no Roteiro de Inspeção da Vigilância Sanitária – SMS, conforme Anexos 1 e 2 desse trabalho, receberão a Licença Sanitária (PROTOCOLO QUALIDADE EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - PQILPIs, 2009).

A Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) de São Paulo criou a Cartilha do Idoso em 2006, que consiste em um guia de serviços com informações sobre o processo de envelhecimento, as políticas de proteção ao idoso, os programas oferecidos a esse público pela Prefeitura de São Paulo, defesa dos direitos do idoso e saúde, cultura e lazer, esclarecendo também formas de acesso a serviços de utilidade pública (MARTINS, MASSAROLLO, 2010).

Quanto aos profissionais necessários a uma ILPI, segundo a Legislação, a RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, da ANVISA, estabelece que as ILPIs devem ter um Responsável Técnico (RT) de formação superior responsável pelo serviço, que responderá pela Instituição junto à autoridade sanitária local (BRASIL, 2005). É claro, portanto, que alguns itens da Resolução ainda não contemplam as necessidades do setor. Entre elas, a pessoa responsável pela atenção e cuidado ao paciente, assim como o responsável técnico pela Instituição não precisam ser profissionais da área de saúde (MELHOR IDADE MERECE CUIDADOS ESPECIAIS, 2007).

Segundo Gonçalves *et al.* (2008) apenas recentemente o Ministério da Saúde do Brasil passou a considerar a atenção ao idoso como uma de suas

prioridades. Tal decisão foi baseada nas prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida e o monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde do ano de 2008. Tal medida inclui a identificação de idosos em situação de fragilidade ou em risco para ações de prevenção e a melhoria da atenção prestada aos idosos moradores de Instituições de Longa Permanência (GONÇALVES *et al.*, 2008).

Para Martins e Massarollo (2010) considerando a variedade de leis existentes, o idoso tem seus direitos garantidos no Brasil (MARTINS, MASSAROLLO, 2010). Já para Silva *et al.* (2012) apesar do Brasil apresentar atualmente uma das melhores legislações voltadas a idosos, estas precisam ser mais seguidas e fiscalizadas a fim de legitimar os direitos. Para Moimaz *et al.* (2009) o Estatuto do Idoso é a normativa que mais apresenta direitos assegurados ao idosos e o Brasil está se preparando para garantir integração social e qualidade de vida aos idosos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seguindo a metodologia já descrita, utilizada nesse trabalho, os dados coletados por entrevistas foram organizados por Dimensões, Categorias e Indicadores, conforme os Quadros 1 e 2 a seguir.

DIMENSÕES	CATEGORIAS
DIMENSÃO 1: Gestores	1.1: Fundação de Ação Social (FAS) de Curitiba
	1.2: Vigilância Sanitária (VISA) Municipal de Curitiba
	1.3: Conselho Regional de Farmácia do Paraná (CRF-PR)
DIMENSÃO 2: ILPIs	2.1: Caracterização das ILPIs amostradas de Curitiba
	2.2: Caracterização do Trabalho do Farmacêutico em ILPIs

QUADRO 1 - ESTRUTURA METODOLÓGICA CONTENDO AS DIMENSÕES E AS CATEGORIAS ANALISADAS

FONTE: A autora (2015)

GESTORES (FAS, VISA e CRF-PR)	INDICADORES
	1.1: Atribuições na Instituição
	1.2: Conhecimento sobre políticas ou programas municipais e estaduais voltados aos moradores de Instituições de Longa Permanência
	1.3: Conhecimento quanto à prática utilizada pelas ILPIs em relação ao uso de medicamentos
	1.4: Políticas ou programas voltados aos idosos institucionalizados
	1.5: Intervenções ou fiscalizações realizadas em ILPIs de Curitiba
	1.6: Normativas técnicas ou legais usadas como referência para o trabalho com idosos institucionalizados
	1.7: Opinião sobre as políticas públicas e a atenção em geral dispensada aos idosos institucionalizados em Curitiba
	1.8: Opinião acerca do uso de medicamentos em ILPIs e avaliação sobre a importância do estabelecimento de diretrizes ou normativas técnicas ou legais sobre esse tema
	Indicador 1.9: Sugestões ou opiniões sobre a temática

QUADRO 2 - ESTRUTURA METODOLÓGICA CONTENDO AS CATEGORIAS E OS INDICADORES ANALISADOS

FONTE: A autora (2015)

continua

CATEGORIA 2.1: Caracterização das ILPIs amostradas de Curitiba	Indicador 2.1.1: Profissionais de saúde e respectivas atividades desempenhadas nas ILPIs
	Indicador 2.1.2: Responsabilidade pelas prescrições aos idosos institucionalizados
	Indicador 2.1.3: Origem dos medicamentos prescritos
	Indicador 2.1.4: Histórico clínico dos idosos institucionalizados
	Indicador 2.1.5: Controle das novas prescrições
	Indicador 2.1.6: Medicamentos isentos de prescrição
	Indicador 2.1.7: Responsabilidade pelos medicamentos
	Indicador 2.1.8: Localização do estoque geral de medicamentos
	Indicador 2.1.9: Responsabilidade e procedimentos de controle do estoque de medicamentos
	Indicador 2.1.10: Individualização dos medicamentos para administração aos idosos
	Indicador 2.1.11: Responsabilidade pela administração dos medicamentos
	Indicador 2.1.12: Controle da administração dos medicamentos
	Indicador 2.1.13: Orientações / cuidados na administração dos medicamentos
	Indicador 2.1.14: Administração especial de medicamentos
	Indicador 2.1.15: Administração incorreta de medicamentos
	Indicador 2.1.16: Garantia do uso correto de medicamentos
	Indicador 2.1.17: Acompanhamento farmacoterapêutico
	Indicador 2.1.18: Importância do profissional farmacêutico
CATEGORIA 2.2: Caracterização do Trabalho do Farmacêutico nas ILPIs	Indicador 2.2.1: Local e data de graduação
	Indicador 2.2.2: Formação específica e experiência no trabalho com idosos
	Indicador 2.2.3: Tempo de atividade profissional na ILPI e carga horária
	Indicador 2.2.4: Atividade / responsabilidade profissional desempenhada
	Indicador 2.2.5: Facilidades e dificuldades no desempenho das funções farmacêuticas nas ILPIs
	Indicador 2.2.6: Facilidades e dificuldades no desempenho das funções farmacêuticas nas ILPIs
	Indicador 2.2.7: Relacionamento com os demais profissionais de saúde
	Indicador 2.2.8: Interação do farmacêutico com os moradores das ILPIs
	Indicador 2.2.9: Prática e possibilidades de prescrição farmacêutica nas ILPIs
	Indicador 2.2.10: Solicitação de atuação profissional farmacêutica em situações de transtornos menores
	Indicador 2.2.11: Atuação profissional farmacêutica na resolução de problemas relacionados aos medicamentos em ILPIs
	Indicador 2.2.12: Solicitação de atuação profissional fora do horário de expediente
	Indicador 2.2.13: Sentimentos de valorização da atuação profissional
	Indicador 2.2.14: Importância da presença do profissional farmacêutico em ILPIs
	Indicador 2.2.15: Implicações da ausência do profissional farmacêutico em ILPIs

QUADRO 2 - ESTRUTURA METODOLÓGICA CONTENDO AS CATEGORIAS E OS INDICADORES ANALISADOS

FONTE: A autora (2015)

conclusão

6.1 DIMENSÃO 1: GESTORES

Na dimensão gestores investigou-se entidades, organizadas metodologicamente como “categorias”, que trabalham nesta temática: Fundação de Ação Social de Curitiba e Vigilância Sanitária, ambas municipais e responsáveis, entre outros, pela fiscalização daquelas Instituições, e Conselho Regional de Farmácia do Paraná, de âmbito estadual, responsável, entre outros, pela fiscalização do trabalho do profissional farmacêutico. Cabe aqui esclarecer que não há uma entidade municipal responsável pela fiscalização do trabalho do farmacêutico, sendo que o CRF-PR desempenha esta função em todos os municípios do Estado.

6.1.1 Atribuições das entidades

As informações abaixo foram obtidas em fontes oficiais de informação.

- Categoria 1.1: Fundação de Ação Social (FAS) de Curitiba

Segundo site oficial da FAS (2014), a FAS é o órgão público responsável pela gestão da assistência social em Curitiba, atua de forma integrada a órgãos governamentais e instituições não governamentais, que compõem a rede socioassistencial do município, e tem como missão coordenar e implementar a política de assistência social no município, visando a proteção social de famílias e indivíduos em situação de risco e vulnerabilidade social.

Quanto à pessoa idosa, a FAS e a SMS acompanham a rotina dos idosos moradores das ILPIs, com objetivo de lhes assegurar padrões de qualidade no atendimento. São fundamentais a garantia da autonomia, independência, convívio familiar e comunitário, trabalho sociofamiliar e desenvolvimento de oportunidades para o fortalecimento ou restauração de vínculos familiares e a (re)inserção na família quando possível. Também de importância fundamental é o acesso dos idosos aos serviços disponíveis na rede de proteção social, como na área da saúde, educação, atividades culturais e de lazer, conforme a legislação vigente. Todas

essas atividades eram realizadas em apenas quatro ILPIs que tinham convênio com a FAS na época da pesquisa, das 75 existentes em Curitiba.

Observa-se com esses dados que a lista de padrões de garantias que a FAS do município assegura aos idosos institucionalizados é grande, destacando-se a garantia ao idoso de acesso à saúde. Se forem realmente cumpridas, essas medidas atestam o bom tratamento dos idosos institucionalizados.

O trabalho desenvolvido pela FAS em conjunto com a SMS gerou o estabelecimento de padrões qualitativos dos serviços prestados por essas instituições, que foram normalizados no Protocolo Qualidade em Instituições de Longa Permanência para Idosos em 2009 (FAS, 2014).

Em resumo, o Protocolo Qualidade mencionado acima faz uma caracterização das ILPIs estabelecendo categorias (privada sem fins lucrativos, privada com fins lucrativos e instituições públicas) e modalidades (abrigo, asilo, casa de repouso, entre outras). Define também as características do envelhecimento e como ele se manifesta. Tem como objetivo orientar técnicos da FAS e VISA, gestores, idosos e familiares quanto ao funcionamento adequado das ILPIs em Curitiba observando “condições físicas, técnicas, operacionais, higiênico-sanitárias, organizacional, social, de convivência e integração com a comunidade e a preservação dos vínculos familiares da pessoa idosa” (PROTOCOLO QUALIDADE EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - PQILPIs, 2009, p.21). Este documento também traz um roteiro para inspeção das ILPIs pela FAS conforme Anexo 1 e outro para a inspeção pela VISA conforme Anexo 2, mas essas entidades devem exercer função conjunta no sentido de padronizar o funcionamento das Instituições para Idosos em Curitiba. A inspeção da FAS abrange as instalações físicas e bem-estar dos idosos, a da VISA verifica condições sanitárias e se a ILPI segue o que é proposto pela RDC nº 283 / 2005 (PROTOCOLO QUALIDADE EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - PQILPIs, 2009). Mas, considerando o objetivo desse Protocolo que é orientar sobre o funcionamento adequado das ILPIs não só a gestores e técnicos, mas também a idosos e seus familiares, estes últimos devem exercer também fiscalização desses serviços, denunciando ou reclamando o não cumprimento dessas regras.

- Categoria 1.2: Vigilância Sanitária (VISA) Municipal de Curitiba

O Conceito de Vigilância Sanitária está definido na Lei Federal nº 8.080/1990, artigo nº 6, que estabelece:

Art. 6º - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; § 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990, p.2).

Desde 1992 a Secretaria Municipal de Saúde desenvolve em Curitiba todas as ações de Vigilância Sanitária com o objetivo de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde (SMS, 2014).

Com o objetivo de facilitar o processo de trabalho, a Vigilância Sanitária (VISA) organiza-se em quatro grupos básicos:

1. Alimentos: indústrias, cozinhas industriais, restaurantes, lanchonetes, feiras.
2. Produtos de Interesse à Saúde: medicamentos e insumos farmacêuticos, cosméticos, produtos de higiene e perfumes, saneantes domissanitários e produtos para a saúde (correlatos).
3. Serviços de assistência à saúde e de apoio diagnóstico e terapêutico: hospitais, clínicas, laboratórios.
4. Serviços de interesse à saúde: escolas, creches, ILPIs.

Este último grupo deixa de fora outras formas de abrigos para idosos como as unidades centro-dia, por exemplo.

Nas inspeções sanitárias feitas pela VISA observam-se principalmente a estrutura e instalações físicas, recursos humanos, fluxos e rotinas técnicas operacionais que envolvam pessoas, materiais, artigos, utensílios, máquinas, equipamentos, insumos e resíduos, bem como as condições de higiene e limpeza, que tragam segurança aos produtos e serviços prestados (SMS, 2014).

- Categoria 1.3: Conselho Regional de Farmácia do Paraná (CRF-PR)

O CRF-PR, fundado em 11 de novembro de 1960, é o órgão que zela pela fiel observância dos princípios da ética e da disciplina da classe dos que exercem atividades farmacêuticas no Paraná. Apresenta como funções: proteger a sociedade dos maus profissionais farmacêuticos; garantir a presença do farmacêutico na farmácia, análises clínicas, indústria e outras áreas farmacêuticas, e, conseqüentemente, uma assistência farmacêutica efetiva e de qualidade; lutar para que o conceito da farmácia como um estabelecimento de saúde e do farmacêutico como um profissional do medicamento se tornem realidade (CRF-PR, 2014).

É importante destacar aqui que a fiscalização da presença do profissional farmacêutico em farmácias é feito somente naquelas que estiverem registradas junto ao CRF-PR. A fiscalização é realizada pelo CRF-PR desde sua criação, sendo considerado o principal procedimento para a execução de mudanças que a profissão necessita para se adequar à realidade dinâmica do exigente mercado farmacêutico, que requer, cada vez mais, profissionais melhores qualificados para o exercício profissional. A identificação de falhas no exercício profissional é criteriosamente analisada pelo CRF-PR através da instauração de Processo Ético Disciplinar (CRF-PR, 2014).

6.1.2 Os idosos institucionalizados em Curitiba sob o ponto de vista dos gestores

Neste trabalho, foram estudadas duas importantes entidades municipais e uma estadual, com serviços prestados envolvendo de alguma forma o cidadão idoso, por meio de análise documental e entrevistas: a FAS, a VISA-municipal e o CRF-PR. Foram realizadas entrevistas com um gestor de cada entidade utilizando roteiros semiestruturados compostos por nove perguntas (Apêndice 1). De acordo com a metodologia proposta neste trabalho, cada pergunta corresponde a um indicador. Nesta primeira dimensão, Gestor, para cada uma das três categorias há nove indicadores, cujo critério de análise é descritivo. Para facilitar a análise, os resultados serão apresentados agrupados por indicador.

6.1.2.1 Indicador 1.1: Atribuições na Instituição

Quando questionado sobre suas atribuições, o gestor da FAS citou “fazer articulações em rede”, ou seja, estabelecer um diálogo entre a atenção básica e a atenção especial e com o Ministério Público a favor dos direitos dos idosos. Informou elaborar relatório técnico para o Ministério Público em relação aos idosos do município; “pensar e criar projetos e planos de governo”; “ações em prol dos direitos das pessoas idosas”. Ainda, é um dos conselheiros do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, que discute também problemas relacionados às ILPIs e tem como função discutir políticas em prol das pessoas idosas.

Quanto ao gestor da Vigilância Sanitária, informou ser responsável por coordenar as ações de Vigilância Sanitária de Curitiba.

O gestor do Conselho Regional de Farmácia relatou que dentre as várias funções de seu cargo estão: “velar pelas prerrogativas do CRF-PR, nos termos da Lei Federal nº 3.820 / 1960 e do Regimento Interno; expedir certidões requeridas” assim como “assinar convênios e acordos de cooperação; mandar instaurar inquéritos, sindicâncias ou processos administrativos; dar conhecimento e cumprimento às Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, firmando os atos de sua execução”.

6.1.2.2 Indicador 1.2: Conhecimento sobre políticas ou programas municipais e estaduais voltados aos moradores de Instituições de Longa Permanência

Quanto ao conhecimento sobre políticas ou programas municipais e estaduais voltados aos moradores de Instituições de Longa Permanência, o profissional entrevistado da FAS informou que o município presta atendimento de Atenção Básica à Atenção Especial à pessoa idosa. Como a entidade está enquadrada na Assistência Social, o entrevistado disse não ter condições de informar os programas do município voltados à saúde, mas sim os voltados à assistência social como, os centros de convivência e o já desativado Programa municipal chamado Vale Vovó. Este Programa distribuía vales de determinados

valores para serem utilizados nos Armazéns da Família com o que necessitassem para casa. Os idosos beneficiados por esse Programa também recebiam acompanhamento mensal por meio de visitas domiciliares e tinham contato com outros idosos por interação socioeducativa. Ainda existem poucos idosos participantes do Programa que está se encerrando aos poucos e pretende ficar como medida de urgência, não como ação continuada.

Observa-se que há grande descentralização dos serviços nessa entidade. O profissional disse que por ser da área social não detém conhecimento sobre os programas voltados à saúde, mas pode-se entender que saúde também é área social. Além disso, como já colocado, o Protocolo qualidade tem como objetivo orientar técnicos e gestores da FAS e VISA quanto aos mais diversos assuntos que dizem respeito aos idosos institucionalizados incluindo sua saúde, sendo, portanto fundamental que o gestor conheça programas voltados à temática.

O gestor da FAS esclareceu que os centros de convivência “são lugares onde eles fazem artesanato, onde conversam sobre família, sobre problemas, sobre projetos, sobre drogas e ao mesmo tempo fazem alguma atividade como pintura, oficina de bolsa, corte e costura e culinária”. Há também “os bailes dos idosos que todo ano a FAS organiza”. Os Centros de Atenção à Pessoa Idosa (CATI) “são serviços específicos para pessoas idosas”, existente em grande número no município e contam com atividades como yoga, roda de leitura, roda de conversa e atividades esportivas. Já na Proteção Social Especial os idosos “podem ser inseridos nos serviços dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que são visitas domiciliares, orientações, trabalhos em grupos com família”.

Além da modalidade de Longa Permanência existe também a modalidade centro-dia. A Prefeitura de Curitiba mantém convênio com um centro-dia. O entrevistado relatou não ter conhecimento de algum programa estadual voltado a idosos, pois o Governo estadual apenas supervisiona e orienta, mas não tem serviço diretamente envolvido. Foi citado o Protocolo Qualidade em ILPIs para acompanhamento dessas Instituições, sejam elas conveniadas ou particulares. Por fim foi citado que um Programa em desenvolvimento para ser implantado no ano de 2015 é o Cuidador em Domicílio e que pretendem abrir mais um centro-dia neste ano.

O gestor da Vigilância Sanitária citou conhecer apenas o Protocolo Qualidade para Instituições de Longa Permanência para Idosos. Como já discutido anteriormente, esse documento foi elaborado em parceria entre Prefeitura Municipal de Curitiba, a FAS, a Diretoria de Proteção Social Especial, a SMS e a Diretoria de Saúde Ambiental – VISA no ano de 2009 para orientar gestores, pessoas idosas e familiares (PROTOCOLO QUALIDADE EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - PQILPIs, 2009). Ressalta-se aqui que o conhecimento do Protocolo Qualidade é pouco frente a todo o leque de políticas voltadas aos idosos como Política Estadual dos Direitos do Idoso tratado na Lei 11.863 de 23 de Outubro de 1997 do Estado do Paraná ou o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDPI) implantado pela Lei nº 11.919 de 26 de setembro de 2006.

Nesta questão foi mencionada pelo gestor do CRF a “Cartilha da FAS da Prefeitura Municipal de Curitiba da Pessoa Idosa, onde são detalhados os deveres do município para o idoso e os direitos do mesmo”. Foi mencionado também o incentivo por parte da Fundação de Ação Social para que os idosos do município de Curitiba frequentem grupos de convivência social organizados pelos CRAS e também frequentem o CATI que fortalece vínculos das pessoas idosas e suas famílias junto à comunidade.

O gestor do CRF-PR também relatou o conhecimento da “Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e da publicação da Portaria nº 736, de 15 de dezembro de 2004, que trata do financiamento de tais serviços”. O entrevistado ressaltou que a Portaria nº 736

estabelece procedimentos relativos à transferência regular e automática de recursos financeiros do Fundo Nacional de Assistência Social para os Fundos Estaduais, do Distrito Federal e Municípios, destinados à rede de Serviços Socioassistenciais de Ação Continuada, para o exercício de 2005 (BRASIL, 2004).

Ainda, destacou que “existe um trabalho integrado entre as ILPIs e a rede de atenção primária à saúde, como o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e serviços de saúde mental, entre outros. Esses serviços devem estar integrados com a rede hospitalar”.

6.1.2.3 Indicador 1.3: Conhecimento quanto à prática utilizada pelas ILPIs em relação ao uso de medicamentos

Os gestores foram questionados sobre o conhecimento que tinham quanto à prática utilizada pelas ILPIs em relação ao uso de medicamentos. O gestor entrevistado da Fundação de Ação Social respondeu não ter conhecimento da prática usada pelas Instituições. Justificando a resposta relatou que o Protocolo Qualidade é feito em conjunto com a Vigilância Sanitária e é a ela que cabe a fiscalização do armazenamento e fracionamento da medicação, frisou que a fiscalização é setorial. Mencionou ainda que é de conhecimento da FAS alguns procedimentos quanto ao uso do medicamento, como ter um local específico para armazenamento, que não se pode misturar os medicamentos dos moradores, que um morador não pode usar a medicação do outro, que todos os medicamentos devem ser identificados, mas que esta fiscalização não é atribuição da FAS.

O gestor da VISA respondeu afirmativamente relatando que “durante as inspeções sanitárias, seguindo o disposto da legislação vigente, são verificados procedimentos de armazenamento, dispensação e administração destes produtos”.

O gestor do CRF-PR também respondeu que sim, que, embora essas Instituições não estejam cadastradas no CRF-PR “eventualmente os fiscais do CRF fazem diligências junto às Vigilâncias Sanitárias locais nestes estabelecimentos”. As farmácias das ILPIs são cadastradas no CRF-PR como farmácias hospitalares, devido ao fato do Conselho não ter uma classificação específica para essas Instituições, não permitindo diferenciar farmácia de ILPI de farmácia de hospital. Cruzando-se a relação das 75 Instituições para Idosos existentes em Curitiba em 2013 com as informações cedidas pelo Conselho, havia apenas uma Instituição com sua farmácia registrada no CRF-PR (ILPI 11 do presente estudo).

6.1.2.4 Indicador 1.4: Políticas ou programas da entidade voltados aos idosos institucionalizados

Quanto a políticas ou programas próprios da entidade e voltados a idosos institucionalizados, para o gestor da FAS todos têm acesso aos programas voltados a esse público e o papel da entidade é tentar garantir a convivência comunitária para que participem dos grupos de convivência e dos programas das Unidades de Saúde. O entrevistado mencionou ainda que um programa para idosos acolhidos é o Protocolo Qualidade, que ajuda a verificar se o idoso está recebendo os cuidados adequados, mas não os serviços específicos. Ainda segundo o entrevistado, a RDC 283 de 2005 prevê para idosos institucionalizados 12 horas de lazer, portanto, na visão do gestor, as próprias instituições são responsáveis por incluir seus moradores nesses programas específicos.

Nesta pergunta o gestor da Vigilância Sanitária também mencionou o Protocolo Qualidade em Instituições de Longa Permanência para Idosos, o que pode ser visto como uma política voltada ao público em questão. As entidades FAS e VISA fazem fiscalização nas ILPIs e o Protocolo mencionado é um documento de 2009 que dá respaldo a essas fiscalizações tendo anexados dois roteiros que as orientam.

Já o gestor do Conselho de Farmácia respondeu que juntamente com o CRF-júnior, participa de eventos abertos ao público idoso, onde são feitas aferições de pressão e glicemia capilar, assim como é dada orientação quanto ao uso racional de medicamentos. É importante destacar que essa iniciativa, apesar de ter importância para o público idoso, não atinge a parcela de idosos institucionalizados, pois esses vivem em regime de internato, não podendo sair para participar do evento.

6.1.2.5 Indicador 1.5: Intervenções ou fiscalizações realizadas em ILPIs de Curitiba

Com relação à intervenção ou fiscalização que a entidade faz em ILPIs de Curitiba e como esta é realizada, o gestor da FAS informou haver intervenção e

fiscalização. Por meio do Protocolo Qualidade são feitas visitas semestrais; entretanto, dependendo da demanda, elas podem ser mensais ou quinzenais, sempre em conjunto com a Vigilância Sanitária. Contudo, o entrevistado deixou claro que, sendo a FAS uma entidade de assistência social, não é um órgão fiscalizador, se contradizendo, portanto, na sua resposta. Disse ainda que esse papel cabe à Vigilância Sanitária, que a Fundação de Ação Social faz apenas a supervisão, sem o objetivo de verificar as condições de habitabilidade das ILPIs, mas sim a garantia de que a Instituição preste serviços de qualidade. Sendo assim, nas visitas são verificadas condições físicas como funcionamento da televisão e das luzes, presença de campainha em todas as camas, condições dos banheiros e barras de segurança. É verificado também se é garantido na ILPI o convívio familiar, o qual é verificado por meio do livro de visitas, pela entrevista rápida a algum familiar que estiver visitando a casa no momento ou pela declaração do dirigente da casa. Percebe-se aqui uma aparente dissonância entre o que é proposto pelo Protocolo Qualidade e o que foi informado quanto à função da FAS. No Protocolo a Fundação de Ação Social é tida como órgão fiscalizador / inspecionador das ILPIs.

Os profissionais da FAS prestam atenção também à convivência comunitária que existe, orientando para que sempre sejam tiradas fotos das atividades que são desenvolvidas e questionam se os idosos gostaram. Os idosos também são questionados sobre como são tratados nas casas. O contrato de cada morador é analisado, verificando se está assinado pelo idoso, pelo familiar e a existência de cadastro da família com telefone para contato, caso seja necessário. A inexistência de assinatura do idoso somente é considerada legal se o mesmo for “interditado”, segundo palavra da entrevistada, no sentido de que ele não responde mais por si. Caso contrário, abrigar um idoso em uma ILPI sem sua assinatura no contrato é considerado cárcere privado.

O entrevistado narrou também que são recorrentes as denúncias de idosos colocados em ILPIs contra sua vontade, sendo o próprio idoso que faz a denúncia. Segundo dispõe a RDC nº 283, de 2005, sobre o número de cuidadores por grau de dependência dos idosos, a FAS fiscaliza se o número de funcionários nas Instituições está adequado. Quem diz o grau de dependência em que se encontram os idosos das ILPIs é o responsável técnico pela casa. Fiscaliza-se também a presença dos seguintes funcionários: cuidadores, responsável pela cozinha, responsável técnico, serviços gerais e nutricionais. Não é fiscalizado o profissional

farmacêutico, pois, segundo o entrevistado, isso não está previsto em normativa legal; além do mais, o responsável pela ILPI sempre questiona o porquê da fiscalização. O entrevistado relatou também que as normativas legais da assistência social são ainda mais abrangentes, sendo exigido apenas um profissional de nível superior, sem a explicitação de qual deve ser sua formação.

O gestor da Vigilância Sanitária também respondeu sim em relação ao questionamento sobre intervenção e fiscalização pela entidade, explicando que as ações de fiscalização são feitas pela “equipe de Vigilância Sanitária dos Distritos Sanitários com o apoio do Centro de Saúde Ambiental / Coordenação de Vigilância em Saúde”. Essa fiscalização pode ser feita por motivos como “solicitação do estabelecimento para fins de liberação da Licença Sanitária ou Parecer para Alvará de Funcionamento; por denúncias oriundas da Central 156, promotorias, órgãos de classe e outras ou inspeções programadas pelas equipes da VISA”. Quando nessas inspeções são verificadas irregularidades relacionadas à utilização de produtos e medicamentos, são tomadas as medidas legais cabíveis, como intimação, infração e inutilização dos produtos. Foi mencionado ainda que durante as inspeções sanitárias, seguindo o disposto da legislação vigente, são verificados procedimentos de armazenamento, dispensação e administração dos medicamentos.

Os fiscais da VISA e das outras entidades verificam coisas materiais durante as fiscalizações, verificam caixas de medicamentos, verificam registros, mas não acompanham a prática. Por isso, nem sempre o que as entidades verificam na fiscalização pode ser extrapolado para o que realmente acontece na prática. A existência de caixas de medicamentos devidamente identificadas e organizadas, por exemplo, não garante que a administração da medicação ocorre igualmente de forma correta. A verificação da existência de um livro de registros também não garante muita coisa, sendo necessária sua análise criteriosa. Aqui é importante refletir ainda que pode haver omissões importantes nos registros, não consideradas relevantes para os cuidadores mas de grande importância quando do olhar do acompanhamento farmacoterapêutico.

O gestor do CRF-PR respondeu que sim, o Conselho fiscaliza todas as farmácias que estão nas ILPIs, tanto o farmacêutico que trabalha nessa farmácia como as condições de dispensação dos medicamentos para os moradores. Entretanto, segundo apresentado anteriormente, das 75 ILPIs de Curitiba apenas uma tem registro no Conselho Regional de Farmácia do Paraná e, por isso, apenas

essa ILPI pode ter seu farmacêutico fiscalizado pelo órgão de classe. Destaca-se ainda que esse registro está feito como de uma farmácia hospitalar que tem um propósito diferente de uma farmácia de ILPI.

Corroborando com estes dados, Pinto e Simson (2012) lembram que as entidades de atendimento ao idoso, e especificamente as ILPIs, passam a estar a cargo dos Conselhos do Idoso, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária.

6.1.2.6 Indicador 1.6: Normativas técnicas ou legais usadas como referência para o trabalho com idosos institucionalizados

Foi questionado também sobre quais normativas técnicas ou legais as entidades entrevistadas usavam como referência para o trabalho com idosos institucionalizados. O gestor da FAS disse que são usados principalmente a RDC nº 283 / 2005 (ANVISA), o Estatuto do Idoso, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais e a Norma Operacional Básica do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), a NOB-RH (Norma Operacional Básica de Recursos Humanos). Estas “são específicas da assistência social, não falam diretamente do acolhimento, mas especificam quando se dá o acolhimento institucional, quando que se é atendido em centro-dia, quando é abrigado, o que é uma ILPI”. Curiosamente não foi mencionado pelo entrevistado o Protocolo Qualidade, documento desenvolvido pela entidade em parceria com a VISA municipal voltado a ILPIs.

O gestor da Vigilância Sanitária citou quatro itens para essa pergunta: a Lei Municipal nº 9.000/96 (Código Sanitário de Curitiba), a Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), a Resolução RDC nº 283 / 2005 (ANVISA) e o Protocolo para Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Nesta questão o gestor do Conselho de Farmácia relatou que as fiscalizações são feitas com base na Lei 3.860 / 1961, que possibilita a fiscalização das farmácias nas ILPIs, e comenta que não existe Lei especificamente para idosos.

As três últimas questões da entrevista aos gestores, apresentadas a seguir, foram subjetivas, procurando conhecer a opinião de cada gestor sobre aspectos relacionados à temática.

6.1.2.7 Indicador 1.7: Opinião sobre as políticas públicas e a atenção em geral dispensada aos idosos institucionalizados em Curitiba

Foi perguntada a opinião de cada entrevistado sobre as políticas públicas e a atenção em geral dispensada aos idosos institucionalizados do município de Curitiba e se é avaliada como suficiente e adequada. O gestor da FAS disse que o que está escasso hoje em dia não são as políticas voltadas aos idosos institucionalizados, mas sim as que evitem o acolhimento institucional. Segundo ele é nesse tema que a atual gestão da FAS tem pensado muito, em como abrir mais centros-dia e no serviço, que está em construção, do cuidador domiciliar, assim como outras propostas antes do acolhimento. A institucionalização será sempre uma alternativa, segundo o entrevistado, porém haverá com esses serviços um fortalecimento das famílias para que a institucionalização seja a última opção. “Existem sim políticas públicas para atender às famílias, e quanto mais trabalharmos nessa relação, mais acreditarmos na família do que simplesmente focar no acolhimento, acho que é o que mais está precisando”. O entrevistado trouxe uma reflexão interessante no sentido de se evitar a institucionalização do idoso, mas isso é algo real e segundo a literatura estará cada vez mais presente (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010; CAMARGOS, 2013; GIACOMIN, COUTO, 2013), dessa forma precisa ser encarado e discutido de frente.

O entrevistado mencionou que já há alguns anos, nos meses de outubro, é promovido um evento para discutir o acolhimento. No ano de 2014 teve a participação de uma pesquisadora do IPEA - Instituto de Brasília que trabalha com esse tema e que disponibilizam por regiões do país quais são as ILPIs e qual o público que atendem. Para o ano de 2015 a FAS pretende dar o enfoque da capacitação, prevenção ao acolhimento e após ele. O entrevistado disse que é necessário um trabalho com a família do idoso e todo um esforço para que este volte para casa. Para exemplificar fez um paralelo com a criança e o adolescente, sendo que quando esses são abrigados é feito um trabalho para que voltem para suas famílias, já o idoso só sai da ILPI quando falece. “Devemos aprender que o acolhimento deve ser provisório e excepcionalmente de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de convívio com os familiares e até então não temos esse cuidado”. Afirma que pode ser que o idoso continue institucionalizado,

mas que pelo menos o vínculo com alguém da família permaneça. Ainda segundo o entrevistado muitas pessoas enxergam as ILPIs como um lugar para se abandonar o idoso. Tem-se que pensar na fase antes do acolhimento e, caso já esteja acolhido, como garantir que o idoso não se afaste da família e da comunidade.

Quando questionado, o gestor da Vigilância Sanitária disse entender que “políticas públicas voltadas para cidadãos em situação de vulnerabilidade, no caso em tela os idosos, são efetivas quando realizadas de forma intersetorial, constante, com protocolos, equipes capacitadas e comprometidas com o serviço e ainda, com avaliação constante de órgãos internos e externos de fiscalização”. Por entender que o Programa em vigência no município de Curitiba tem esse perfil, acredita que este está sendo eficiente no atendimento aos idosos.

Já o gestor do CRF-PR disse não ter conhecimento para avaliar profundamente o tema, mas que o “Conselho de Farmácia pode e deve ampliar o seu trabalho nas questões de humanização para esse público uma vez que a população idosa é a que mais usa medicamentos”.

Existe, de certa forma, omissão dos gestores em tomar posição quanto ao que pensam das políticas públicas existentes e também em chamar para si a responsabilidade por aperfeiçoar as já existentes e construir novas.

6.1.2.8 Indicador 1.8: Opinião acerca do uso de medicamentos em ILPIs e avaliação sobre a importância do estabelecimento de diretrizes ou normativas técnicas ou legais sobre este tema

Quando questionados quanto à opinião acerca do uso de medicamentos em ILPIs e sua avaliação sobre a importância do estabelecimento de diretrizes ou normativas técnicas ou legais sobre este tema, o gestor da FAS disse não se sentir qualificado para responder a pergunta dessa área. Entretanto acredita que a presença de um profissional de farmácia na ILPI qualifica o serviço prestado na casa, exatamente o que é visado com o Protocolo Qualidade: a qualidade dos serviços prestados. No entanto o entrevistado destaca a inexistência de uma normativa legal que regularize a presença desse profissional, impossibilitando dessa forma que isso seja cobrado durante as visitas de fiscalização, mas garante que se

tivesse como verificar, a FAS faria sua parte. Existe conscientização dos gestores quanto à importância de se ter profissional farmacêutico nessas instituições, no entanto, como colocado pelo entrevistado, não há como cobrar isso das ILPIs sem um documento legal que regularize. É hora dos gestores e demais autoridades discutirem e de alguma forma cobrarem a presença de farmacêutico nas Instituições para Idosos.

O gestor da Vigilância Sanitária disse que uma das características do público das ILPIs é exatamente o alto uso de medicamentos, pelas suas condições de saúde prejudicadas; assim, é fundamental ter medicamentos nesses estabelecimentos como uma das formas de garantir qualidade de vida. “Por se tratar de produtos com altos riscos associados quando do uso incorreto, vejo necessidade de implantação de protocolos de uso, armazenamento e outros itens importantes para a manutenção da qualidade, bem como profissionais capacitados para a realização da prescrição, cuidado, dispensação e administração de medicamentos”.

O gestor do Conselho de Farmácia respondeu que o “CRF-PR preconiza a assistência de um profissional habilitado nas instituições que armazenam e distribuem medicamentos”.

Conforme observado, apesar das três entidades apontarem a necessidade da presença de profissional capacitado para cuidar do uso de medicamentos em Instituições de Idosos, não há atualmente documento legal que regularize a presença desse profissional. Dessa forma não se pode cobrar das ILPIs por esse atendimento, o que é no mínimo paradoxal: se por um lado todos os gestores entrevistados afirmam ter consciência da importância e necessidade do cuidado profissional no uso de medicamentos pelos idosos institucionalizados, por outro afirmam não poder cobrar por isso, sendo necessário o estabelecimento de diretrizes e normativas sobre o tema.

6.1.2.9 Indicador 1.9: Sugestões ou opiniões sobre a temática

Finalizando as entrevistas aos gestores, foi pedido para que manifestassem sugestões ou opiniões sobre a temática. O gestor da FAS disse ser mais difícil conseguir aprovar uma normativa para exigir a presença de um farmacêutico nas

Instituições de Longa Permanência, mas que com esse trabalho de pesquisa pode-se conseguir mudar a visão das pessoas, principalmente daquelas que fazem a fiscalização nas ILPIs e que essas possam conversar com os responsáveis pelas Instituições sobre a importância de um farmacêutico para cuidar do uso de medicamentos. O entrevistado mencionou que seria importante conseguir alguns farmacêuticos para trabalhar voluntariamente nas ILPIs ou para fazer consultorias. A possibilidade de criar esse tipo de atuação do profissional será discutida mais adiante no trabalho. Vieira (2007) e Aguiar *et al.* (2008) discutem o quanto um farmacêutico participando da equipe multidisciplinar pode contribuir na promoção e proteção da saúde, acrescentando valor aos serviços prestados, fazendo seleção adequada de medicamentos e acompanhando a efetividade e segurança da farmacoterapia, com esse intuito é que se espera a obrigatoriedade da presença de farmacêutico nas Instituições para Idosos.

O gestor da Vigilância Sanitária disse que o levantamento e a criação de propostas de normativas, protocolos e outros instrumentos relacionados ao uso de medicamentos nas ILPIs ajudariam nos instrumentos de avaliação já existentes e permitiriam minimizar os riscos que estão expostos os idosos institucionalizados, melhorando sua qualidade de vida.

Quanto ao gestor do Conselho, este sugeriu que seja feito “um trabalho de levantamento de dados apontando indicadores que auxiliem na proposição de melhorias nos estabelecimentos que possuem uma farmácia, mesmo que seja de pequeno porte”.

6.2 LEGISLAÇÃO E AFINS PARA IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

6.2.1 Políticas Públicas: as deficiências no assunto

Antes de discutir as deficiências existentes nas políticas públicas voltadas a idosos é importante mencionar a opinião de Chaimowicz que, já em 1997, ressaltava que a velocidade com que a população envelhecia impunha ao Estado grandes

dificuldades para lidar com o novo perfil epidemiológico que surgia (CHAIMOWICZ, 1997).

Tendo isso posto, há que se chamar a atenção para a necessidade do levantamento de dados sobre essa parcela da população para que as autoridades conheçam a realidade e tenham subsídios consistentes para a elaboração de políticas públicas úteis e efetivas. Neste sentido Costa e Mercadante (2013) igualmente alertam para a carência de estudos voltados a Instituições para Idosos no Brasil, o que dificulta a simulação de futuras demandas para a institucionalização. Antes de criticar a falta de políticas públicas é importante entender que estas não são feitas se não houver dados que mostrem a necessidade delas.

Corroborando com essa realidade, um importante documento do governo do Paraná intitulado “Instituições de Longa Permanência para Idosos - caracterização e condições de atendimento” expressa claramente que “existem poucos dados disponíveis sobre essas Instituições para subsidiar a gestão de políticas públicas na área” (PARANÁ, 2008, p.9). O próprio governo clama por estudos na área para que se possam implantar políticas; dessa forma é importante ressaltar também que é preciso haver incentivo para o estudo desse tema. É o que é defendido por Rozendo e Justo (2012) quando falam que a primeira preocupação do Estado deve ser gerar recursos para investir em ações e serviços voltados à pessoa idosa. Financiar projetos, serviços e instituições são parte fundamental para direcionar políticas a um público da população (ROZENDO, JUSTO, 2012).

Segundo defenderam Giacomini e Couto, em 2013 existia quadro expressivo de Leis voltadas ao público idoso, mas que não eram seguidas. Isso é o que também discutiram Silva *et al.* (2012), afirmando que as Leis devem ser mais seguidas e fiscalizadas a fim de legitimar os direitos dos idosos. Não seguir ou não fiscalizar podem ser as causas do descaso por parte das autoridades quanto ao cuidado com os idosos institucionalizados. Outro possível motivo para esse descaso é apresentado por Karsch (2003) e Lenardt *et al.* (2006) quando mencionam que a velhice com dependência e sem autonomia nos lares familiares ou em Instituições de Longa Permanência está escondida da visão pública, o que impossibilita uma preocupação política de ordem social, mas já é hora dos governos despertarem para esse problema.

Na literatura é sugerido que se desenvolvam estudos sobre a utilização de medicamentos pelos idosos para que estes sejam usados para a confecção de

políticas públicas voltadas a esse público. É colocado também que esses estudos ainda são escassos e geralmente voltados a idosos não institucionalizados (RIBEIRO *et al.*, 2005; MENESES, SÁ, 2010; COSTA, MERCADANTE, 2013; SMANIOTO, HADDAD, 2013). O assunto sobre o uso de medicamentos por idosos é bastante importante, pois se observa nas ILPIs grande circulação de medicamentos. O incentivo para o desenvolvimento de estudo dessa natureza devem partir de pessoas ligadas de alguma forma com os idosos, os gestores municipais, os profissionais de saúde, dentre outros, para que se mude a ideia defendida por Meneses e Sá (2010) quando relatam que há omissão do poder público no que se refere ao uso de medicamentos no país em geral.

Segundo Smaniotto e Haddad (2013) os idosos institucionalizados usam mais medicamentos do que aqueles que vivem na comunidade, portanto precisam de mais cuidado, o que pode ser adquirido através de Leis que obriguem a presença de profissional especializado para cuidar do uso e Leis que padronizem o circuito dos medicamentos nas ILPIs.

Quanto à institucionalização propriamente dita, foi definido pelo Decreto nº 1.948 de 1996, que regulamentou a Política Nacional do Idoso (PNI), que a assistência asilar é assegurada aos idosos como uma responsabilidade da União, dos estados e dos municípios (BRASIL, 1994; BRASIL, 1996; ROZENDO, JUSTO, 2012; SILVA *et al.*, 2012; PINTO, SIMSON, 2012), o que se subentende que essas esferas de governo devem zelar pelo bom funcionamento dessas Instituições e pelo bem-estar de seus moradores, portanto as autoridades devem agir em conjunto para garantir essas condições, é o que se espera da FAS, da VISA e do CRF-PR.

Considerando o município de Curitiba como foco, existem duas importantes Leis que mencionam as ILPIs: a Lei Ordinária nº 11.391, de 25 de abril de 2005, que dispõe sobre a Política Municipal de Atenção ao Idoso (CURITIBA, 2005) e a Lei Ordinária nº 11.919, de 26 de setembro de 2006, que autoriza o Poder Executivo a criar e implantar o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa – CMDPI, a Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa e o Fundo Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, e dá outras providências (CURITIBA, 2005; CURITIBA, 2006). Entretanto, não há Lei municipal que trate especificamente de ILPI, desse modo, mais uma vez, observa-se que a falta de políticas públicas locais está levando ao descaso à assistência ao idoso como observado nesse estudo.

6.3 DIMENSÃO 2: INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPIs)

6.3.1 Dados Preliminares

A partir da análise das duas listagens contendo relação de ILPIs existentes em Curitiba, fornecidas pela Fundação de Ação Social e pela Vigilância Sanitária Municipal, foi confeccionada uma listagem única para o desenvolvimento deste trabalho. Foi observado que as listas cedidas não continham as mesmas instituições, havendo ILPIs registradas na FAS que não estavam registradas na VISA e vice-versa, o que se revela preocupante. Cabe aqui lembrar que essas listagens são utilizadas para as visitas pelas entidades fiscalizadoras e que esperava-se que fossem iguais. Yamamoto e Diogo (2002) mostraram que em Campinas muitas Instituições de Longa Permanência não possuíam cadastro o que dificultava a fiscalização do seu funcionamento seja por ações municipais ou de conselhos profissionais, revelando dessa forma dificuldade por parte das entidades públicas para exercer o controle de abertura e fechamento dessas Instituições nas cidades brasileiras.

Foi feito contato telefônico com cada uma dessas ILPIs para verificar o número de moradores e a presença ou não de profissional farmacêutico prestando assistência a casa. Nas 75 ILPIs havia no total 1751 idosos. Os dados estão apresentados no Quadro 3.

Em dezembro de 2013 havia em Curitiba, devidamente registradas na FAS e/ou VISA municipal, um total de 78 ILPIs. Destas, apenas 75 encontrava-se em funcionamento e apenas cinco contavam com um profissional farmacêutico no seu quadro de funcionários.

A Portaria nº 73 / 2001, do Ministério da Previdência e Assistência Social, que trata das Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil, sugere que as ILPIs sejam classificadas por “modalidades” de acordo com o número ideal de moradores. A ILPI enquadrada na modalidade I é aquela que abriga idosos independentes para atividade da vida diária (AVD) mesmo que usando bengalas ou cadeiras de rodas, por exemplo. A Instituição modalidade II é aquela destinada a

idosos independentes e dependentes que precisem de auxílio e cuidados, portanto, acompanhamento de profissionais de saúde. Não é aceito na modalidade II idosos com doenças incapacitantes. A modalidade III caracteriza a ILPI com idosos dependentes necessitando de assistência integral em pelo menos uma AVD requerendo, portanto, equipe interdisciplinar de saúde.

ILPI	Nº DE IDOSOS	FARMACÊUTICO	ILPI	Nº DE IDOSOS	FARMACÊUTICO
1	34	Não	40	20	Não
2	12	Não	41	85	Sim
3	14	Não	42	28	Não
4	14	Não	43	17	Não
5	09	Não	44	11	Não
6	15	Não	45	20	Não
7	08	Não	46	22	Não
8	16	Não	47	Fechada	-
9	14	Não	48	25	Não
10	30	Não	49	20	Não
11	09	Não	50	20	Não
12	08	Não	51	12	Não
13	15	Não	52	12	Não
14	106	Não	53	12	Não
15	12	Não	54	14	Não
16	08	Não	55	35	Não
17	19	Não	56	21	Não
18	28	Não	57	15	Não
19	30	Não	58	13	Não
20	17	Não	59	16	Não
21	17	Não	60	16	Não
22	18	Não	61	16	Não
23	08	Não	62	20	Não
24	12	Não	63	145	Sim
25	25	Não	64	24	Não
26	120	Sim	65	16	Não
27	22	Não	66	15	Não
28	26	Não	67	11	Não
29	24	Não	68	24	Sim
30	18	Não	69	25	Não
31	13	Não	70	34	Não
32	15	Não	71	27	Não
33	15	Não	72	12	Não
34	08	Não	73	35	Não

35	17	Não	74	19	Não
36	18	Não	75	14	Não
37	27	Sim	76	25	Não
38	18	Não	77	Fechada	-
39	16	Não	78	Não atende idosos	-

QUADRO 3 - NÚMERO DE MORADORES E PRESENÇA DE FARMACÊUTICO NAS ILPIs DE CURITIBA EM DEZEMBRO DE 2013

FONTE: A autora (2015)

Para a modalidade I recomenda-se número máximo de 40 moradores. Na II, 22 moradores e na III, 20 moradores. Considerando que uma única ILPI possa se enquadrar em mais de uma modalidade conclui-se que o número máximo total de moradores de uma ILPI é de 82 idosos. De acordo com o apresentado no Quadro 3, quatro ILPIs ultrapassam esse número máximo de moradores tendo 85, 106, 120 e 145 residentes. A média de moradores nas ILPIs existentes em Curitiba, em dezembro de 2013, era de 23,3 idosos.

Nota-se que o número de moradores varia bastante de uma casa para outra. O que também foi observado em Portugal de acordo com um estudo realizado em quatro ILPIs onde o número de moradores era: 95, 48, 40 e 28 (ROSA, 2011).

Das 75 ILPIs em funcionamento em Curitiba 11 foram selecionadas para o estudo. A seleção foi feita por amostragem não probabilística por conveniência. Não era possível trabalhar com a amostra total devido ao número de entrevistas e o tempo para a realização. Foram selecionadas todas as ILPIs que tinham profissional farmacêutico num total de cinco e todas as que tinham número de moradores menor ou igual a dez, mas sem profissional farmacêutico correspondendo a um total de sete, destas seis aceitaram participar, ao todo 11 ILPIs foram incluídas no estudo.

Das 11 ILPIs que participaram do estudo, oito são particulares, três são privadas sem fins lucrativos: uma é conveniada à FAS do município, outra é conveniada à FAS e mantida por uma ONG. É importante ressaltar que não havia ILPI pública, dentre as 75 ILPIs existentes em Curitiba em dezembro de 2013. Fazendo-se um paralelo com demais dados do Brasil, Silva (2010) apresentou o perfil das Instituições de Longa Permanência de Juiz de Fora, com 15 Instituições, das quais seis eram filantrópicas e nove particulares. Mais da metade das ILPIs pesquisadas pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) são filantrópicas. Nas regiões Norte e Centro-Oeste do país 55% do financiamento das ILPIs são de origem pública, enquanto que no Sul apenas 15% do recurso financeiro nesse

orçamento é público, portanto quase 50% dessas Instituições são particulares com fins lucrativos (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010).

Segundo a RDC nº 283 / 2005 da ANVISA, essas Instituições devem possuir um Responsável Técnico (RT), de formação superior, responsável pelo serviço e que responderá pela Instituição junto à autoridade sanitária local (BRASIL, 2005). Ressalte-se que a pessoa responsável pela atenção e cuidado ao paciente, assim como o responsável técnico pela Instituição não precisam ser profissionais da área de saúde (MELHOR IDADE MERECE CUIDADOS ESPECIAIS, 2007). Dessa forma pode-se observar que a Portaria nº 73 / 2001 e a Resolução nº 283 / 2005 não se complementam. Enquanto a primeira defende a presença de profissionais de saúde nas ILPIs das três modalidades, a Resolução orienta que não são necessários profissionais da saúde para o cuidado com o paciente ou para responder tecnicamente pela Instituição. Desse modo, as ILPIs necessitam de um direcionamento sobre que norma seguir, pois o trabalho em cada uma delas não é padronizado. Segundo Pinto e Simson (2012) o quadro de pessoal necessário a cada ILPI dependendo da sua modalidade que a RDC nº 283 / 2005 sugere embora seja um avanço valioso, carece de discussão e aperfeiçoamento.

Das 75 Instituições existentes em Curitiba em 2013, apenas cinco contavam com farmacêutico em seu quadro profissional, o que representa 6,7%. Cabe lembrar que em entrevista o gestor do Conselho Regional de Farmácia do Paraná explicou que o Conselho fiscaliza a presença de farmacêutico em farmácias bem como as condições em que o medicamento é dispensado. As fiscalizações são realizadas de acordo com a Lei nº 3.860 de 1961, o que permite a fiscalização das farmácias nas ILPIs. Apesar da elevada quantidade de medicamentos dispensados nessas Instituições, estas não possuem em suas instalações estabelecimentos considerados farmacêuticos, com exceção da ILPI 11 e, portanto, não são alvo da fiscalização pelo CRF-PR, muito menos é exigida a presença de profissional farmacêutico. Conclui-se que a contratação desse profissional pelas ILPIs é iniciativa de cada Instituição, em sua livre avaliação de necessidade, sem qualquer obrigação ou pelo menos orientação que promova a percepção dessa importância.

6.3.2 Categoria 2.1: Caracterização das ILPIs amostradas de Curitiba

A definição desta categoria de análise teve por objetivo avaliar as Instituições de Longa Permanência para Idosos em Curitiba sob o ponto de vista do medicamento. Para tanto foram definidos indicadores para análise relacionada aos cuidados em saúde dos idosos, ao controle de prescrições e ao estoque, administração e acompanhamento do uso dos medicamentos. Para a obtenção dos dados foram realizadas entrevistas com os responsáveis de cada uma das 11 ILPIs selecionadas utilizando como instrumento roteiro semiestruturado contendo 18 questões (Apêndice 2).

6.3.2.1 Indicador 2.1.1: Profissionais de saúde e respectivas atividades desempenhadas nas ILPIs

ILPI	PROFISSIONAIS	Nº DE IDOSOS
1	Auxiliar de enfermagem, auxiliar de farmácia, cuidador, enfermeiro (RT) , farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional.	85
2	Cuidador, fisioterapeuta, nutricionista.	8
3	Auxiliar de enfermagem, cuidador, educador físico, enfermeiro (RT) , médico, nutricionista.	8
4	Auxiliar de enfermagem, cuidador, médico, técnico de enfermagem.	8
5	Farmacêutico	24
6	Auxiliar de enfermagem, cuidador, fisioterapeuta, nutricionista (RT) , terapeuta ocupacional.	9
7	Farmacêutico (RT) , fisioterapeuta, médico, nutricionista	27
8	Cuidador, enfermeiro, fisioterapeuta, médico, nutricionista (RT) , terapeuta ocupacional.	8
9	Cuidador, enfermeiro, fisioterapeuta, médico, terapeuta ocupacional.	9
10	Assistente social, cuidador, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, músico terapeuta, nutricionista, psicólogo, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional.	120
11	Auxiliar de enfermagem, auxiliar de farmácia, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, psicólogo, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional.	145

QUADRO 4 - QUADRO PROFISSIONAL E NÚMERO DE IDOSOS DAS ILPIs

FONTE: A autora (2015)

Conforme observado no Quadro 4, nas 11 ILPIs estudadas havia uma grande diversidade de profissionais trabalhando. Cabe esclarecer que nem todos os entrevistados informaram qual profissional exercia a responsabilidade técnica (RT) pela instituição. Foram computadas oito casas com profissional fisioterapeuta, oito casas com cuidador, sete com nutricionista, sete com médico, seis com enfermeiro, seis com terapeuta ocupacional, cinco com auxiliar de enfermagem, cinco com farmacêutico, quatro com técnico em enfermagem, duas com auxiliar de farmácia, duas com psicólogo e uma com assistente social. Uma ILPI relatou ainda contar com educador físico e outra com musicoterapeuta.

A RDC nº 283 / 2005 estabelece a obrigatoriedade de cuidador de idosos nas ILPIs e define o número desses profissionais de acordo com o grau de dependência dos moradores (BRASIL, 2005). Para o Grau de Dependência I, que corresponde à Modalidade I definida pela Portaria nº 73 / 2001, a RDC estabelece que tenha um cuidador para cada 20 idosos cumprindo oito horas diárias de trabalho. Nos Graus de Dependência II e III também é necessária a presença do cuidador de idosos. Tendo isso posto, observa-se que a RDC não é obedecida pelas ILPIs estudadas de Curitiba, já que apenas oito das 11 Instituições relataram ter cuidadores.

O papel desempenhado pelos profissionais citados é apresentado no Quadro 5, sendo indicados apenas aqueles com atividades relacionadas aos medicamentos.

A baixa ocorrência de farmacêuticos nas casas, apenas cinco do total de 75 ILPIs existentes em Curitiba em 2013, é preocupante considerando os riscos que existem quando se tem um paciente idoso e polimedicado. O alto consumo de medicamento por idosos é relatado por vários pesquisadores (CASTELLAR *et al.*, 2007; GALLAGHER, BARRY, O'MAHONY, 2007; ROCHA *et al.*, 2008; MENESES, SÁ, 2010). Sabe-se que os idosos tendem a apresentar reações adversas mais frequentes e mais graves que indivíduos de menor idade (ROZENFELD, 2003; ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2004; GORZONI, PIRES, 2006; SECOLI, 2010; ROSA, 2011). Outro fato, os PRM podem ocorrer em qualquer momento do circuito do medicamento desde a prescrição até a administração provocando problemas de saúde ou alterações indesejáveis na saúde do idoso (ROSA, 2011). Estes fatos justificam a importância de um profissional capacitado para o acompanhamento farmacoterapêutico principalmente de pacientes idosos e polimedicados.

PROFISSIONAL	FUNÇÃO	Nº DE CITAÇÕES
Auxiliar de enfermagem	Cuidar dos idosos	4
	Administrar medicamentos	2
	Exercer função de diretora	1
	Controlar sinais vitais dos idosos	1
Auxiliar de farmácia	Fracionar e dispensar medicamentos	1
	Cuidar de dietas especiais	1
	Cuidar de materiais hospitalares	1
	Auxiliar na separação dos medicamentos	1
Cuidador	Cuidar dos idosos	6
	Administrar medicamentos aos idosos	2
	Administrar medicamentos aos idosos na ausência da dona da ILPI	1
	Banhar, vestir, administrar medicamentos.	1
Enfermeiro	Responsabilidade técnica	2
	Preparar medicamentos	1
	Receber medicamentos da família	2
	Administrar nutrição enteral	1
	Contato com família	2
	Cuidar dos idosos	2
	Supervisionar medicação	1
	Supervisionar os cuidados aos idosos	1
	Controlar sinais vitais	1
	Planejar administração de medicamentos	1
	Coordenar equipe de auxiliares de enfermagem	1
	Realizar consultas de saúde aos idosos	1
	Encaminhar internamentos hospitalares	1
Farmacêutico	Responsabilidade pelos medicamentos	2
	Acompanhar clinicamente o uso de medicamentos	2
	Fracionar medicamentos	1
	Prestar apoio à equipe dos atendentes	1
	Conferir prescrições médicas	1
	Esclarecer dúvidas do uso de medicamentos	1
	Organizar medicamentos na farmácia	1
	Conferir estoque de medicamentos	2
	Receber medicamentos	1
	Etiquetar medicamentos	1
	Exercer função de proprietária	1

QUADRO 5 - FUNÇÕES DESEMPENHADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

FONTE: A autora (2015)

continua

Médico	Prescrever medicamentos	4
	Realizar exames clínicos	2
	Solicitar exames	2
	Realizar consultas quinzenais aos idosos	1
	Fazer atestado de óbito	1
	Fazer atendimento aos idosos	3
	Ensinar cuidadores	1
	Acompanhar os idosos	1
	Avaliar inicial e periodicamente os idosos	1
	Fazer encaminhamentos	1
	Coordenar o setor de saúde	1
Nutricionista	Cuidar da alimentação dos idosos	4
	Cuidar do cardápio	5
	Responsabilidade técnica	2
	Marcar consultas para os idosos	1
	Conferir estoque de medicamentos	1
	Realizar pesagem dos idosos	2
	Cuidar de dietas especiais	1
	Realizar controle do estado nutricional dos idosos	1
Técnico de enfermagem	Assessorar o enfermeiro	1
	Administrar medicamentos aos idosos	3
	Cuidar dos idosos	1
	Controlar sinais vitais	1

QUADRO 5 - FUNÇÕES DESEMPENHADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

FONTE: A autora (2015)

conclusão

Das 11 instituições estudadas oito tinham cuidador em seu quadro profissional, número igual foi encontrado também de fisioterapeuta. Em contrapartida ainda existem Instituições sem cuidador o que segundo a RDC 283 / 2005, como discutido anteriormente, não poderia ter. O mesmo documento traz ainda que a função mais desempenhada pelos cuidadores é a de administrar medicamentos sendo exercida por 31,1% deles (PARANÁ, 2008).

Pôde-se observar, com certo alívio, que nesse estudo a função mais desempenhada pelos cuidadores é cuidar de idosos, seu papel primordial. Mas, infelizmente, a função de administrar medicamentos ainda foi citada por três das 11 Instituições entrevistadas, mostrando que isso ainda é um problema, pois esse profissional não está habilitado para exercer essa função tão importante e que exige conhecimento e responsabilidade. O Documento traz ainda as principais atividades desempenhadas pelos auxiliares de enfermagem como auxiliar o idoso na medicação (89%), auxiliar na higiene (72%) e na alimentação (61%) (PARANÁ,

2008), esses dados não coincidem exatamente com os que encontramos nesse estudo onde a função cuidar dos idosos foi citada por quatro das 11 ILPIs seguida da administração de medicamentos, citada duas vezes e exercer função de diretora e controlar sinais vitais dos idosos citadas uma vez cada.

O Documento relata que com menor frequência são encontrados outros profissionais que prestam atendimento mais especializado como fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, entre outros (PARANÁ, 2008), mas em nenhum momento menciona o farmacêutico revelando assim que as autoridades estaduais não estão cientes da importância desse profissional nas ILPIs onde há grande circulação de medicamentos.

A Portaria nº 73 de 2001, do Ministério da Previdência e Assistência Social e da Secretaria de Estado de Assistência Social (MPAS/SEAS), sugere profissionais e a carga horária diária para cada uma das três modalidades de ILPIs. Para a casa modalidade I não há sugestão de profissional farmacêutico. Para a casa modalidade II é recomendado a presença de um profissional farmacêutico cumprindo 8 horas diárias de trabalho e na casa modalidade III é um profissional farmacêutico para 8 horas de trabalho diário. Infelizmente essa Portaria nº 73 trata a presença do farmacêutico apenas como recomendação (BRASIL, 2001).

É importante ressaltar o fato da Portaria nº 73 / 2001 ser de autoria do Ministério da Previdência e Assistência Social e não de um órgão do setor de saúde. Em outras palavras, isso significa dizer que profissionais de outras áreas mostram uma preocupação maior com a saúde do que os profissionais responsáveis pela saúde. Este panorama se agrava quando se observa que, passados 13 anos, esta importante sugestão de se ter profissionais de saúde obrigatoriamente se ocupando da assistência aos idosos institucionalizados ainda não foi transformada em normativa legal pelos órgãos da saúde neste país. Conforme lembram Castellar *et al.* (2007), a “inexistência de exigência legal” de um quadro com profissionais da saúde constante nessas Instituições favorece o aparecimento de problemas como os de redundância farmacológica, medicamentos impróprios à idosos e interações medicamentosas potencialmente perigosas.

6.3.2.2 Indicador 2.1.2: Responsabilidade pelas prescrições aos idosos institucionalizados

Quando questionados sobre quem é o responsável pela prescrição de medicamentos aos idosos institucionalizados os responsáveis pelas Instituições deram quatro respostas: a resposta “médico de cada morador” foi citada três vezes, sendo que duas ILPIs disseram que a prescrição é feita pelo médico da casa e às vezes por médico externo à casa. Quatro Instituições relataram que a prescrição é feita apenas por médicos que trabalham para a Instituição e duas disseram que a prescrição é feita apenas por médico externo à casa. Observa-se que não há padronização quanto a essa questão nas Instituições, a decisão de quem irá prescrever fica a encargo do responsável pela ILPI. Um fator que influencia na decisão é o financeiro já que é bastante oneroso ter um médico trabalhando na Instituição. Torna assim verdadeiro o que disseram Lenardt *et al.* (2006): na situação de despreparo quem mais sofre é o idoso em razão da sua fragilidade.

6.3.2.3 Indicador 2.1.3: Origem dos medicamentos prescritos

No Quadro 6 são apresentadas as formas de obtenção dos medicamentos prescritos relatadas pelas ILPIs em entrevista.

Para a obtenção dos medicamentos prescritos as 11 ILPIs entrevistadas relataram oito meios diferentes. A obtenção por doações foi citada por três Instituições, o que revela preocupação das pessoas doadoras quanto às necessidades de algumas casas. Entretanto, o uso de medicamentos doados levanta a preocupação quanto às condições desses produtos, cuja análise vai muito além da avaliação da data de validade e que requer a atuação de profissionais com conhecimento técnico para isso.

A obtenção dos medicamentos na Unidade de Saúde Ouidor Pardinho, que é a unidade de referência ao idoso de Curitiba, foi citada apenas uma vez notando-se que esse programa municipal não apresenta grande alcance nas ILPIs estudadas. O mesmo raciocínio pode ser feito quando a aquisição é feita na

Farmácia Popular, programa do Governo Federal. Isso contradiz o Documento do Paraná (2008) quando relata que a obtenção de medicamentos se encontra entre os serviços da rede pública que são mais utilizados pelas Instituições de Longa Permanência (PARANÁ, 2008). As amostras grátis, segundo esclarecimento do entrevistado, são fornecidas por médicos ou indústrias farmacêuticas.

ILPI	FORMA DE OBTENÇÃO DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS	FARMACÊUTICO
1	Família ou ILPI compram	Sim
2	Família ou ILPI compram	Não
3	Família compra	Não
4	Família ou ILPI compram	Não
5	Família ou ILPI compram	Sim
6	Família compra / doação / aquisição na Unidade Básica de Saúde (UBS)	Não
7	Família ou ILPI compram	Sim
8	Família compra	Não
9	Família ou ILPI compram	Não
10	ILPI compra / doação / amostra grátis	Sim
11	ILPI compra / doação / aquisição na Unidade de Saúde Ouvidor Pardini, na Associação de Parkinson ou no Programa Farmácia Popular.	Sim

QUADRO 6 - FORMAS DE OBTENÇÃO DOS MEDICAMENTOS PELAS ILPIs ESTUDADAS DE CURITIBA

FONTE: A autora (2015)

6.3.2.4 Indicador 2.1.4: Histórico clínico dos idosos institucionalizados

Conforme apontado por Smanioto e Haddad (2013), a padronização dos prontuários de idosos institucionalizados permite um acompanhamento individual e a detecção de possíveis efeitos adversos a medicamentos. Neste sentido, foi questionado aos entrevistados das ILPIs se há arquivo do histórico clínico dos idosos, se sim quais informações possuem e como é organizado. As informações prestadas estão dispostas no Quadro 7.

Alguns históricos clínicos são mais completos do que outros, como é o caso do histórico clínico da ILPI 10 que apresenta prescrições e exames sendo assim possível um acompanhamento mais abrangente. Em contrapartida alguns arquivos funcionam mais como fichas cadastrais dos moradores, como a ILPI 6 que tem nos

históricos dos idosos o contrato de prestação de serviços. É válido ressaltar que quanto mais informação o histórico clínico tiver mais fácil é o acompanhamento do idoso dentro da ILPI, principalmente quanto ao seu estado de saúde.

ILPI	HISTÓRICO CLÍNICO	INFORMAÇÕES CONTIDAS	ORGANIZAÇÃO
1	Sim	Enfermidades e causa da institucionalização.	Prontuário individual
2	Sim	Cópia do documento do idoso e do responsável por ele, carteira do plano de saúde, exames e prescrições.	Pasta individual
3	Sim	Contato, exames e prescrições	Pasta sanfonada
4	Sim	Não informado	Computador do médico
5	Sim	Exames, prescrições e esquema terapêutico	Pasta com nome de cada morador
6	Sim	Prescrições e contrato de prestação de serviços	Pasta individual
7	Sim	Prescrições, nomes de medicamentos para administrar em caso de emergência e dados vitais	Pasta sanfonada individual
8	Sim	Grau de dependência	Livro da casa
9	Sim	Ficha clínica de entrada na ILPI e intercorrências	Não informado
10	Sim	Dados pessoais, histórico clínico, prescrições e exames	Prontuário individual
11	Sim	Histórico clínico e exames	Prontuário individual organizado em ordem alfabética

QUADRO 7 - CARACTERIZAÇÃO DO HISTÓRICO CLÍNICO DOS IDOSOS NAS ILPIs

FONTE: A autora (2015)

6.3.2.5 Indicador 2.1.5: Controle das novas prescrições

Foi questionado às ILPIs como era feito o controle das novas prescrições de cada morador. Sabe-se que os idosos, em função de suas condições de saúde, passam por consultas médicas regulares, havendo com frequência alterações nas respectivas prescrições de medicamentos. A estrita observância das alterações de prescrições e consequente adaptação às novas orientações farmacológicas é fator fundamental no cuidado de saúde dos idosos. As respostas dadas estão apresentadas no Quadro 8.

ILPI	FORMA DE CONTROLE DE NOVAS PRESCRIÇÕES
1	Transcrever na prescrição antiga o que houver de novo
2	Corrigir relatório individual do morador / alterar lista de medicação da caixa de medicamentos / orientar cuidadores da alteração solicitando para observar possíveis efeitos do medicamento
3	Colocar uma cópia da prescrição nova com os medicamentos e outra cópia na pasta sanfonada
4	Médico avisa
5	Guardar prescrição nova na pasta que contém documentos do morador
6	Colocar prescrição nova na caixa de medicamentos / informação é passada verbalmente
7	Anexar à prescrição nova na pasta / passar informação para os profissionais
8	Passar a seguir a prescrição nova
9	Confrontar prescrição nova com a antiga e anotar o que mudou
10	Farmacêutico atualiza
11	Alteração no computador do médico e na pasta do morador

QUADRO 8 - FORMAS DE CONTROLE DE NOVAS PRESCRIÇÕES

FONTE: A autora (2015)

Foi ainda mencionado pela ILPI 3 que a pasta sanfonada armazena todas as prescrições desde a entrada do idoso na Instituição, dessa forma o acompanhamento da saúde do morador é facilitado, pois pode-se saber quais medicamentos já foram administrados, em quais situações e se provocou efeitos adversos. A casa 11, por fim, relatou ainda que o controle das prescrições é mensal.

Durante a realização da pesquisa teve-se conhecimento de Instituições para Idosos que, mesmo após receber uma nova prescrição para um idoso, continuava seguindo a prescrição antiga por falta de comunicação ou desatenção.

Estudo realizado por Rosa (2011) mostrou que a atualização das prescrições é feita de maneiras diferentes nos quatro lares estudados: em dois lares o registro era feito à mão, em um lar o registro era feito eletronicamente e depois impresso e no último, o registro estava passando de manual para eletrônico. O autor discute que no registro manual os erros podem ser mais frequentes. No presente estudo não foi relatado pelos entrevistados a forma de atualização se manual ou eletrônica, mas pela ILPI 4 foi mencionado somente que o médico avisa das modificações na prescrição o que gera preocupação, pois uma notificação apenas verbal pode levar a uma série de erros.

6.3.2.6 Indicador 2.1.6: Medicamentos isentos de prescrição

Outro questionamento feito nas ILPIs refere-se aos procedimentos adotados quando da necessidade de utilização de medicamentos isentos de prescrição médica pelos idosos, cujas respostas estão expostas no Quadro 9.

ILPI	PROCEDIMENTO FRENTE A MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO
1	Pedir prescrição médica, nada é feito sem ela
2	Pedir prescrição médica, nada é feito sem ela
3	Em casos simples como dor de cabeça administrar paracetamol e pedir ao médico prescrição depois
4	Contatar médico, há uma lista para cada morador dos medicamentos em uso e dos medicamentos para tomar “em caso de”
5	Contatar médico
6	Procurar na ficha de checagem qual medicamento foi usado anteriormente para o problema de saúde
7	Farmacêutico contatar médico
8	Em algumas prescrições é colocado pelo médico o Paracetamol se o morador tiver dor
9	Pedir autorização do médico ou enfermeiro. Administrar placebo em alguns casos. Em caso de cirurgia deixar prescrito medicamento para dor
10	Pedir que o médico use “se necessário”
11	Todo medicamento é prescrito pelo médico

QUADRO 9 - PROCEDIMENTOS ADOTADOS QUANDO DA NECESSIDADE DE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO

FONTE: A autora (2015)

A ILPI 8 relatou que possuía uma mala com medicamentos isentos de prescrição usados em casos de dores de cabeça ou de gripe, por exemplo, mas a Vigilância Sanitária (VISA) proibiu. Esse ato de proibição faz cumprir o que recomenda a RDC nº 283 / 2005 quando estabelece ser vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica (BRASIL, 2005). Segundo traz a literatura, a prática de armazenar medicamentos que não estão em uso pelos idosos é observada também em Portugal, em dois dos quatro lares pesquisados do conselho de Covilhã há no refeitório um estoque de medicamentos “se necessário”, como laxantes, paracetamol e inaladores e em todos os lares há um estoque de medicamentos constituído por medicamentos excedentes ou de idosos falecidos (ROSA, 2011). Finalizando as respostas a essa pergunta a ILPI 11 disse que se o morador tiver dor, como dor de cabeça, por exemplo, passaria pela consulta e o

médico solicitaria, via prescrição, o medicamento. A Instituição defende que isso é feito para que se possa ter um controle de saúde e intoxicação do morador o que é um ponto positivo.

Os 12 indicadores seguintes são relativos ao medicamento, procurando-se conhecer desde a pessoa que se responsabiliza pelo mesmo, como se dá o estoque e a administração, até os procedimentos para a garantia de seu correto uso e de eventuais efeitos do uso da medicação.

6.3.2.7 Indicador 2.1.7: Responsabilidade pelos medicamentos

Essa responsabilidade abrange todas as etapas do circuito dos medicamentos na casa, desde a aquisição até o acompanhamento farmacoterapêutico. Neste tema o primeiro questionamento feito foi em relação a qual o profissional responsável pelos medicamentos na Instituição. Também foi questionado na ausência do profissional farmacêutico quem se responsabilizava, como era feito e qual a qualificação do profissional responsável por esse cuidado. As respostas foram tabuladas e são apresentadas no Quadro 10.

Um estudo realizado em Portugal revelou que nesse país as atividades relacionadas aos cuidados com o uso de medicamentos por idosos é tarefa inteiramente dependente dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros (ROSA, 2011). No presente estudo os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros também estão presentes nessa tarefa. O auxiliar de enfermagem foi citado por duas ILPIs como responsáveis pelos medicamentos, já o enfermeiro foi citado três vezes.

A RDC nº 283 / 2005 já mencionada algumas vezes, traz que cabe ao responsável técnico da Instituição a responsabilidade dos medicamentos em uso pelos seus idosos, desse modo, de acordo com os dados mostrados no Quadro 4 as ILPIs 1 e 3 deviam ter como profissional responsável pelos medicamentos o enfermeiro, segundo informações mostradas no Quadro 10 isso é o que acontece apenas na casa 3. Ainda de acordo com o Quadro 4 as Instituições 6 e 8 deviam dar a responsabilidade dos medicamentos ao nutricionista e a ILPI 7 ao farmacêutico. Isso acontece em parte na casa 6, que divide essa responsabilidade com o técnico de enfermagem e não acontece na 8. A Instituição 7 tem como responsável por essa

tarefa o farmacêutico, mas este divide a responsabilidade com o auxiliar de enfermagem.

ILPI	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	CAPACITAÇÃO	FORMA DE CAPACITAÇÃO
1	Farmacêutico	-	-
2	Fisioterapeuta e na ausência cuidadores	Cuidadores são capacitados	Não informado
3	Enfermeiro	Não	-
4	Administrador de empresas (proprietário)	Não	Orientação do médico
5	Farmacêutico	-	-
6	Técnico de enfermagem e do nutricionista	Não	-
7	Farmacêutico e do auxiliar de enfermagem	Não informado	Não informado
8	Enfermeiro	Sim	Curso de graduação com disciplina sobre como manipular e administrar o medicamento
9	Cuidadores, do enfermeiro e do médico.	Cuidadores são capacitados	Não informado
10	Farmacêutico	-	-
11	Farmacêutico e do auxiliar de enfermagem	Sim	Curso técnico do auxiliar de enfermagem

QUADRO 10 - ATRIBUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE PELOS MEDICAMENTOS E CAPACITAÇÃO DO RESPONSÁVEL

FONTE: A autora (2015)

Cinco ILPIs, as de números 1, 5, 7, 10 e 11, têm como profissional responsável pelos medicamentos o farmacêutico. Essas Instituições são as cinco dentre as 75 ILPIs de Curitiba com profissional farmacêutico. Apesar das casas 7 e 11 terem a responsabilidade pelos medicamentos dividida com outros profissionais é satisfatório saber que quando a ILPI tem em seu quadro de funcionários o farmacêutico este é designado para cuidar do que é habilitado a fazer. Entretanto, há que se destacar que foi constatado durante a pesquisa que essa responsabilidade não abrange atividades importantes como o acompanhamento farmacoterapêutico do uso de medicamentos pelos idosos, ficando a responsabilidade do farmacêutico restrita muitas vezes apenas à aquisição e/ou estoque dos medicamentos.

Importante agregar a essa reflexão ainda o fato que, por ocasião desta pesquisa, havia em Curitiba apenas cinco ILPIs com farmacêutico, contra 70 sem a presença deste profissional. Assim, apesar deste estudo ter abrangido apenas 11

instituições, todas as 75 instituições foram contatadas, afirmando-se desta forma que em 93,33% das instituições para idosos em Curitiba não há profissional farmacêutico cuidando dos medicamentos administrados a seus moradores.

Um estudo realizado por Lenardt *et al.* (2006) também em Curitiba revelou que em uma ILPI do município a responsabilidade pelo cuidado com os medicamentos era da enfermeira e da auxiliar de enfermagem, isso é o que acontece em parte nas Instituições 3, 7, 8, 9 e 11 onde o enfermeiro ou o auxiliar de enfermagem são responsáveis pelos medicamentos.

6.3.2.8 Indicador 2.1.8: Localização do estoque geral de medicamentos

Quanto à localização do estoque geral de medicamentos em cada Instituição, as respostas estão apresentadas no Quadro 11 a seguir.

ILPI	LOCALIZAÇÃO DO ESTOQUE GERAL DE MEDICAMENTOS
1	Farmácia
2	Farmácia fechada com chave
3	Armário fechado em um quarto na ILPI
4	Em armário de vidro ao lado do escritório do proprietário
5	Farmácia
6	Armário trancado no escritório do proprietário localizado nos fundos da ILPI
7	Em armários com chave no escritório
8	Em armário no escritório do proprietário
9	Em armários trancados com chave localizados no quarto de cada morador
10	Farmácia
11	Farmácia

QUADRO 11 - LOCALIZAÇÃO DO ESTOQUE GERAL DE MEDICAMENTOS

FONTE: A autora (2015)

A Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, define farmácia como um estabelecimento de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica (BRASIL, 1973).

Nesse estudo, cinco ILPIs relataram possuírem “farmácia” em suas dependências. Porém, segundo a definição legal e de acordo com o que foi

observado nas entrevistas, nenhuma ILPI tem farmácia como prevista na Lei e sim locais adequados às necessidades da casa e denominados “farmácia” por conveniência da Instituição. A única exceção está na ILPI 11, que tem registro no CRF-PR possuindo local apropriado como farmácia hospitalar.

A ILPI 9, segundo o entrevistado, é uma Instituição habitada por idosos mais independentes, por isso cada morador tem seu armário de medicamentos no quarto. Os idosos que necessitam supervisão para o uso desses medicamentos têm seus armários trancados com chave. Foi relatado também que algumas vezes os próprios filhos administram medicamentos aos pais institucionalizados. A casa foi criada para ser um hotel de idosos, onde idosos independentes dividiriam o mesmo espaço, mas com suas independências respeitadas pelos funcionários da Instituição. A Vigilância Sanitária, ainda segundo o entrevistado, impõe restrições a essa prática, por isso a Instituição é considerada uma ILPI padrão, mas na prática abriga idosos independentes nas condições relatadas. Uma das dificuldades da implantação desse tipo de Instituição no Brasil, segundo o entrevistado, é o valor cobrado pelo serviço, na Suíça onde o serviço é referência é cobrado um montante de R\$ 9.000,00, algo que não pode ser feito no Brasil devido às condições financeiras da maioria dos idosos.

O entrevistado da ILPI 11 informou ter um setor para a farmácia dividido em três salas exclusivas: quarentena, geladeira e o estoque onde a medicação é separada. A organização do estoque é feito por categorias e especialidades dos medicamentos. Na opinião do entrevistado ter salas exclusivas para a farmácia e a forma como é feita a organização do estoque possibilita melhor qualidade do trabalho realizado. Essa Instituição poderia ser usada como modelo de organização, os medicamentos são um quesito à parte em importância nas ILPIs e por isso devem ter tratamento adequado.

Comparando-se com dados encontrados na literatura, Rosa (2011) traz duas alternativas para a localização do estoque de medicamentos. Dos quatro lares estudados do conselho de Covilhã, Portugal, incluindo um total de 211 idosos, três Instituições têm seus medicamentos armazenados em uma divisão no gabinete do médico, em um lar o armazenamento se dá em um armário no refeitório, sem trancas.

Sobre esse tema o Protocolo Qualidade em ILPIs recomenda que os medicamentos sejam armazenados a chave, ao abrigo de luz direta em condições

de temperatura e umidade adequadas em prateleiras ou armários sem acúmulo de poeira. É proibido manter medicamentos em armários de cozinhas ou banheiros (PROTOCOLO QUALIDADE EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - PQILPIs, 2009).

Os medicamentos que requeiram acondicionamento sob refrigeração devem ser guardados devidamente protegidos em potes laváveis tampados, não podendo receber umidade ou estar perto de alimentos. Quando muitos medicamentos necessitam de refrigeração a ILPI deve dispor de refrigerador próprio para esse fim (PROTOCOLO QUALIDADE EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - PQILPIs, 2009).

6.3.2.9 Indicador 2.1.9: Responsabilidade e procedimentos de controle do estoque de medicamentos

Ainda em relação ao estoque de medicamentos, foi questionado às Instituições quem é o responsável pelo seu controle e como isso é feito. Essas informações estão relatadas no Quadro 12.

Nota-se que a forma de controle verificando a data em que o medicamento vai acabar e fazer sua reposição é bastante praticada. Algumas aprimoram esse sistema pedindo assinatura da família quando esta entrega o medicamento.

ILPI	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	FORMA DE CONTROLE
1	Farmacêutico	-
2	Fisioterapeuta e na ausência cuidador de idosos	Anotar na ficha de relação dos medicamentos de cada morador a data de entrega e término dos medicamentos, a ILPI repõe os medicamentos ou a lista é enviada mensalmente à família para que ela reponha
3	Enfermeiro	Verificar data em que o medicamento vai acabar e sua data de validade, avisar a família para trazer o medicamento dando bilhete para as que visitam a ILPI no final de semana ou telefonando para lembrar
4	Administrador de empresas	Colocar data em que o medicamento vai acabar, o estoque é conferido semanalmente, a ILPI compra ou a família traz o medicamento
5	Farmacêutico	Controlar estoque e validade dos medicamentos em planilhas
6	Nutricionista	Conferir data que acaba cada medicamento e buscar na Unidade Básica de Saúde (UBS)
7	Farmacêutico	Conferir se o medicamento está acabando e pedir à família que traga, deixar bilhete na ficha de visita para falar à família
8	Enfermeiro	Controlar estoque pedindo à família que traga o medicamento quando este estiver próximo de acabar, anotar na ficha individual do morador a data de chegada do medicamento e pedir que a família assine
9	Enfermeiro	-
10	Farmacêutico	-
11	Farmacêutico	Controlar no computador e nos dois livros (psicotrópicos e não psicotrópicos) conforme pedido pela Vigilância Sanitária (VISA)

QUADRO 12 - ATRIBUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE PELO CONTROLE DO ESTOQUE DE MEDICAMENTOS E COMO ESSE CONTROLE É FEITO

FONTE: A autora (2015)

6.3.2.10 Indicador 2.1.10: Individualização dos medicamentos para administração aos idosos

Quanto à individualização dos medicamentos para a administração a cada morador, foi questionado de quem era essa função, como era feito e qual o controle desse procedimento.

Na ILPI 1 as tarefas eram desempenhadas pelo farmacêutico, o qual ao receber a prescrição, a analisava e providenciava seu pedido, quando necessário. O medicamento é então etiquetado com o nome do morador e o registro contendo nome, medicamento, lote, quantidade de comprimidos e laboratório é lançado no

computador. O profissional também se responsabilizava pelas etiquetas para fracionamento e pelo fracionamento em si, dispondo os medicamentos individualizados na caixinha do respectivo morador. Não foi informado o modo de controle desses procedimentos.

Na ILPI 2 as tarefas eram desempenhadas pelo fisioterapeuta e na ausência desse profissional pelo cuidador de idosos. A individualização dos medicamentos é feita usando bandejas e caixas. Há uma caixa para cada idoso com os medicamentos a serem usados durante um mês. Há também uma bandeja com sete caixas, uma para cada dia da semana, com divisórias de acordo com os horários de administração dos medicamentos e com o nome de cada morador. As caixas dos moradores e a bandeja são guardadas na farmácia da ILPI. A caixa correspondente ao dia da semana e de cada morador são retiradas da bandeja na farmácia, e levadas ao armário do refeitório para que os medicamentos fiquem ao alcance para serem administrados. Na tampa da caixa que contém os medicamentos a serem usados durante o mês e na tampa da caixa com os medicamentos para serem usados durante um dia tinham informações quanto aos medicamentos em uso, o horário de administração e a dose dos medicamentos. O controle da individualização é feito observando-se a caixa com os medicamentos para serem tomados durante o dia.

Na ILPI 3 essas tarefas eram realizadas pelo enfermeiro, que fazia a separação diariamente dos medicamentos a serem administrados no dia seguinte ou durante o dia os medicamentos que seriam administrados à noite (20 horas). Nos casos em que o morador utilizava metade do comprimido o fracionamento também era feito pelo enfermeiro. O profissional não realizava expediente na casa nos finais de semana por isso os medicamentos para o sábado e o domingo eram separados previamente com identificação do dia. A administração de medicamentos era feita em quatro momentos pré-determinados na Instituição: jejum, manhã (7 horas), almoço e noite (20 horas). A tarefa de individualização consistia em retirar os medicamentos de suas embalagens e colocá-los, de acordo com a dose a ser administrada, em copinhos identificados com o nome de cada morador. Em seguida esses copinhos eram dispostos em uma das quatro caixas correspondentes aos quatro horários de administração mencionados anteriormente. Os poucos medicamentos que deveriam ser administrados em horários diferentes dos estabelecidos eram guardados juntos e o responsável pela administração sabia para

qual morador dar o medicamento e em que horário. O mesmo procedimento era adotado para medicamentos líquidos os quais eram armazenados juntos, etiquetados identificando à qual morador pertencia e o momento de administração. Foi relatado que a maioria dos moradores tomava mais de um medicamento em um mesmo horário.

Na ILPI 4 as tarefas eram desempenhadas pelo administrador de empresas, também proprietário da casa, tal tarefa era feita semanalmente e, segundo o entrevistado, exigia muita concentração. Para a individualização eram usadas caixas, havia uma caixa para cada turno de administração e dentro de cada uma dessas existia uma caixa para cada morador com os medicamentos a serem administrados no respectivo turno. Existia uma pasta para cada morador com nomes dos medicamentos em uso, horário de administração, e medicamentos para administrar “em caso de”. Havia duas cópias dessa lista, uma ficava no escritório e outra com a enfermagem. A enfermagem administrava os medicamentos de acordo com os horários da lista e assinava a administração.

Na ILPI 5 a individualização era feita pelo farmacêutico e o controle feito por meio de uma planilha, entretanto não foi fornecido maior detalhamento do processo.

Na ILPI 6 tais tarefas eram desempenhadas pelo nutricionista e pelo cuidador, também proprietário da casa. O nutricionista fazia a individualização dos medicamentos que seriam administrados durante um mês, o cuidador fazia a individualização diária para os medicamentos que seriam administrados durante o dia. Cada morador tinha uma caixa onde eram guardados os medicamentos para uso durante um mês, cuidar dessas caixas era função do nutricionista. Os medicamentos que seriam administrados no dia o cuidador retirava dessas caixas e colocava em copos plásticos.

Na ILPI 7 estas funções eram atribuições do farmacêutico, o qual organizava a caixa de cada morador que continha etiqueta de identificação e a prescrição. Esse controle era diário, mas o modo como era feito não foi informado.

Na ILPI 8 o enfermeiro e também proprietário era o responsável por essas tarefas. Os medicamentos de cada morador ainda nas embalagens originais eram colocados em caixas grandes, uma para cada morador. A partir dessas caixas os blísteres de cada medicamento eram individualizados e etiquetados com prazo de validade, horário e via de administração e dose do medicamento (mg), e colocados em caixas menores sendo também uma para cada morador. Na sequência os

medicamentos (blísteres) eram colocados em copinhos identificados com nome do morador e horário de administração. Os horários especificados eram: jejum, café do amanhã, almoço, café da tarde e jantar.

A determinação de horários para a administração de medicamentos aos moradores é uma prática adotada por mais ILPIs segundo mostra Yamamoto e Diogo (2002) que das seis Instituições estudadas por eles, duas tinham horários preestabelecidos para a administração e a prescrição de cada morador adaptava-se a esses horários conforme o que se observa nas casas 3 e 8 do presente estudo.

No entanto, o Protocolo Qualidade em ILPIs deixa claro que os horários e doses de administração dos medicamentos devem ser respeitados. Portanto, as ILPIs 3 e 8 estão indo contra essa norma.

Na Instituição 9 os responsáveis pelas tarefas eram o enfermeiro e o cuidador que realizavam tais tarefas semanalmente indo ao quarto dos moradores deixar os medicamentos individualizados. Não foram informados maiores detalhes do processo de individualização e não havia controle deste.

Na casa 10 essas tarefas eram desempenhadas em sua maior parte por voluntários, com supervisão do farmacêutico, que diariamente colocavam rótulos e registravam medicamentos no software, mas não foram dados maiores detalhes do processo de individualização ou da existência de controle desse processo.

Na ILPI 11 essas tarefas eram de responsabilidade do farmacêutico e dos auxiliares de farmácia (equipe), porém não foram dadas informações da forma como a individualização dos medicamentos era feita nem da existência de controle desse processo.

No estudo feito por Lenardt *et al.* (2006), já mencionado nesse capítulo, a enfermeira e a auxiliar de enfermagem distribuíam os medicamentos que ficavam no posto de enfermagem para serem administrados pelos próximos três dias. Essa tarefa estava em transição para que os medicamentos fossem separados para administração durante um mês. Os medicamentos eram colocados em sacos plásticos, um para cada horário de administração, que por sua vez eram acondicionados em outro saco plástico contendo o nome do paciente (LENARDT *et al.*, 2006). De acordo com o que foi apresentado para as 11 ILPIs estudadas em Curitiba, as Instituições de 1 a 4 e de 6 a 8 apresentam procedimentos para a individualização de medicamentos parecidos entre si e com o que é relatado por Lenardt *et al.* (2006).

Os próximos cinco indicadores analisados avaliados nesta pesquisa versam sobre a administração dos medicamentos aos idosos das Instituições amostradas. A administração de medicamentos aos idosos institucionalizados é um procedimento que exige extremo cuidado, atenção e controle, dado o fato da maioria ser polimedicada. Isto se torna ainda mais delicado quando se considera o número de idosos dependentes de várias tomas diárias de medicamentos, em dosagens específicas, em uma mesma moradia.

6.3.2.11 Indicador 2.1.11: Responsabilidade pela administração dos medicamentos

Iniciando esta temática foi questionado aos entrevistados de quem era a responsabilidade pela administração dos medicamentos aos idosos institucionalizados. As respostas estão apresentadas no Quadro 13.

ILPI	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
1	Técnico de enfermagem
2	Cuidadores pela manhã e após pelos cuidadores com supervisão do fisioterapeuta
3	Enfermeiro e aos finais de semana quem estiver na ILPI, geralmente os cuidadores de idosos
4	Auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem
5	Atendentes
6	Cuidador que é também proprietário pela manhã e almoço e cuidadores à noite
7	Farmacêutico e na ausência desse profissional pelos cuidadores, o que é exigência da VISA
8	Enfermeiro, mas houve treinamento dos cuidadores para desempenhar a tarefa
9	Cuidadores
10	Técnicos de enfermagem
11	Auxiliares de enfermagem

QUADRO 13 - ATRIBUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE PELA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

FONTE: A autora (2015)

A responsabilidade pela administração dos medicamentos é tarefa primordialmente dada aos profissionais de enfermagem, contemplando enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Porém o que foi observado foram os cuidadores de idosos desempenhando esse papel, sendo que das 11 ILPIs seis relataram que essa tarefa é do cuidador. Duas têm o enfermeiro e uma o

farmacêutico para desempenhar a tarefa, mas na ausência desses o cuidador é quem toma a frente.

Os membros da equipe de enfermagem como enfermeiro, auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem também foram citados seis vezes. Dado esse que coincide com a literatura, segundo Yamamoto e Diogo (2002), das seis ILPIs estudadas no município de Campinas, São Paulo, todas tinham como responsáveis pela administração dos medicamentos membros da equipe de enfermagem.

Na ILPI 5 foi relatado que a responsabilidade pela administração dos medicamentos era dos atendentes, profissionais com perfil semelhante aos cuidadores de idosos, mas, nessa Instituição não havia cuidadores, pois a proprietária não concordava com a forma que esses profissionais desempenhavam suas tarefas achando-os insensíveis com os idosos, por isso eram contratados os denominados pela entrevistada como atendentes que eram na maioria donas de casa. Essa ILPI desrespeita, portanto a RDC 283 / 2005 quanto a obrigatoriedade da contratação de cuidadores de idosos em Instituições de Longa Permanência (BRASIL, 2005). A presença de cuidadores é fiscalizada pela FAS e VISA em conjunto, com base no Protocolo Qualidade, o que surpreende é que apesar desta fiscalização a ILPI tenha contratado esses atendentes, ignorando a RDC 283 / 2005.

6.3.2.12 Indicador 2.1.12: Controle da administração dos medicamentos

Na sequência foi questionado quanto aos procedimentos para o controle da administração dos medicamentos, procurando saber se eram feitos registros por paciente de cada administração. As respostas estão apresentadas no Quadro 14.

Dentre as ILPIs que realizavam o controle da administração dos medicamentos os procedimentos adotados eram bastante semelhantes entre si, sempre realizando supervisão de algum registro onde eram marcadas as administrações ou supervisionando as caixas onde os medicamentos a serem administrados eram armazenados.

A ILPI 9 não fazia controle da administração dos medicamentos, a ILPI 2 fazia o controle verificando a caixa de armazenar medicamentos e as demais faziam registro da administração. O controle da administração é um cuidado importante

para garantir o uso correto dos medicamentos e mais uma vez é um processo que fica a encargo dos responsáveis pela ILPI determinarem a necessidade e a forma como será feita.

ILPI	REGISTRO DA ADMINISTRAÇÃO	FORMA DE CONTROLE DA ADMINISTRAÇÃO
1	Na prescrição há um espaço para marcação da administração, se ocorrer faz-se uma rubrica, se não faz círculo	O técnico de enfermagem supervisiona as prescrições para saber se houve administração correta. A prescrição fica no posto de enfermagem e depois é arquivada mensalmente
2	Não são realizados registros a menos que tenha necessidade de alguma observação de como proceder à administração	Através da caixa de administração
3	Após a administração é dado um visto na folha de cada morador	Pergunta-se para quem administrou se o morador tomou o medicamento além de verificar se os copos com medicamentos a serem administrados estão vazios
4	Assinatura na planilha de administração	Pela planilha de administração
5	Atendente registra em um livro ata	Não informado
6	Visto na ficha de checagem	Pela ficha de checagem
7	Assinatura do registro em papel	Registro em papel dos medicamentos a serem administrados
8	Assinatura da ficha de administração	Ficha de administração
9	-	Não é feito controle da administração dos medicamentos
10	Não informado	Supervisão da própria prescrição
11	Marcação na prescrição diferenciada se foi administrado ou não	Prescrição diferenciada para saber se foi administrado contendo nome do medicamento e horário de administração

QUADRO 14 - PROCEDIMENTOS ADOTADOS NA ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

FONTE: A autora (2015)

6.3.2.13 Indicador 2.1.13: Orientações / cuidados na administração dos medicamentos

Foi questionado a respeito das orientações / cuidados tomados quanto aos medicamentos no momento da administração, além da posologia, cujas respostas estão apresentadas no Quadro 15.

Cuidados como verificar se havia administração de medicamentos juntamente com alimentos foi relatado por apenas uma ILPI, a 10, que era uma das cinco ILPIs que tem farmacêutico. Tal cuidado foi sugerido e colocado em prática pelo farmacêutico da Instituição mostrando a diferença que esse profissional faz em uma Instituição para Idosos com os conhecimentos que tem acerca do uso de medicamentos. Faz-se aqui uma ponte com o capítulo “Individualização dos medicamentos para administração aos idosos”, neste foi exposto que as Instituições 3 e 8 apresentavam horários preestabelecidos para a administração de medicamentos, dentre esses horários o almoço e jantar denotando assim falta de cuidado com a administração de medicamentos em conjunto com alimentos, cabe destacar que as Instituições 3 e 8 não apresentavam farmacêutico em seu quadro profissional.

ILPI	ORIENTAÇÕES / CUIDADOS NO MOMENTO DA ADMINISTRAÇÃO
1	Via de administração do medicamento e se o comprimido deve ser triturado são passadas como informações para o enfermeiro, colocado na etiqueta do medicamento e escrito no livro de ocorrências
2	Reforçar a ingestão de líquidos dos moradores para facilitar a deglutição, ver o interior da boca do morador para certificar da deglutição do medicamento, quando há dificuldade de deglutição macerar ou diluir o medicamento em água
3	Avisar quando for o caso de administração de meio comprimido, esperar ao lado o morador colocar o comprimido na boca e engolir
4	Administrador deve fazer higiene das mãos, verificar se o medicamento foi engolido
5	Dependente da posologia
6	Diluir o medicamento quando houver dificuldade de deglutição pelo morador, avisar administrador quando medicamento necessite ser administrado em jejum, explicar o procedimento de administração ao morador
7	Avisar ao cuidador os casos específicos de administração
8	Prestar atenção se o morador tomou o medicamento
9	Falar para o morador que é preciso engolir o medicamento, verificar se engoliu
10	Verificar se o medicamento está sendo administrado ao morador certo, cuidar com a administração de medicamentos junto com alimentos
11	Realizar administração assistida pedindo para que o morador abra a boca para verificar se o medicamento foi deglutido

QUADRO 15 - MEDIDAS ADOTADAS NO MOMENTO DA ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

FONTE: A autora (2015)

Dentre as 11 ILPIs do estudo também havia aquelas em que os medicamentos eram diluídos em água para facilitar a deglutição pelo morador como as Instituições 2 e 6. O estudo de Lenardt *et al.* (2006), já mencionado anteriormente, também mostrou a existência dessa prática revelando que os

medicamentos eram combinados com líquidos ou até com alimentos para prevenir irritação gástrica e deixar a ingestão mais saborosa.

Rosa (2011) defende que qualquer alteração necessária à deglutição do medicamento pelo idoso deve ter a autorização do médico ou do farmacêutico, sendo que isso não acontece neste estudo já que existem casas que faziam alterações e que não tinham farmacêutico, caso da ILPI 2. É importante frisar também que nem todo medicamento pode ser diluído em água, os comprimidos revestidos, por exemplo, se forem diluídos perdem sua função de proteger o fármaco ou modificar sua liberação.

A ILPI 4 citou como cuidado no momento da administração fazer a higiene das mãos. Mas será que isso é suficiente? Essa é a única preocupação que se deve ter no momento da administração de um medicamento? Como exposto anteriormente, na maioria das vezes, quem administra o medicamento ao idoso é o cuidador e este precisa ser orientado para desempenhar a tarefa e quem o orienta não tem claro que apenas higienizar as mãos não é suficiente para uma administração correta.

Ainda segundo Rosa (2011) as fases de prescrição e administração dos medicamentos são as mais suscetíveis a erros, mostrando a importância do extremo cuidado com essas fases.

6.3.2.14 Indicador 2.1.14: Administração especial de medicamentos

Na sequência das entrevistas foram questionados quais os procedimentos adotados nos casos de necessidade de administração especial de medicamentos, como, por exemplo, endovenoso, hipodérmico entre outros. As respostas estão apresentadas no Quadro 16 mostrado anteriormente.

Na casa 6 a entrevistada relatou que a aplicação endovenosa não era permitida nas ILPIs e que isso era uma norma da Vigilância Sanitária, no entanto nota-se que essa norma não era seguida pelas outras Instituições estudadas podendo ser por falta de conhecimento ou negligência.

ILPI	PROCEDIMENTO
1	O farmacêutico faz kit com o que precisa para a administração especial identificando nome do paciente, medicamento, via de administração, data e hora da administração. Esse registro é feito na prescrição e no livro de ocorrências. Em caso de administração de antibiótico a atenção dispensada é maior. Não foi informado quem faz a administração especial.
2	Em caso de administração intramuscular o fisioterapeuta, também proprietário da ILPI, é quem faz tendo a prescrição médica. Para endovenoso é chamado “home care” ou faz-se o internamento do morador para o procedimento
3	Injeção intramuscular é feita pelo enfermeiro. Nunca houve indicação para endovenosos, mas se houver o enfermeiro faz. Para outras administrações especiais a ECO-SALVA é chamada ou encaminha o morador para um hospital
4	Conversar com os familiares sobre a administração especial e chamar o “home care” para fazer o procedimento
5	Encaminhar o morador para um hospital
6	É proibido pela VISA a aplicação endovenosa em ILPIs então o morador é encaminhado à UBS para realização do procedimento
7	Administração especial feita pelo farmacêutico ou pelos cuidadores
8	Administração especial feita pelo enfermeiro com prescrição médica
9	Administração endovenosa feita pelo “home care” ou em emergências pelo médico ou pelo enfermeiro
10	Administração especial feita pelo enfermeiro
11	Não é feita aplicação endovenosa na ILPI, o morador é encaminhado ao hospital. É feita aplicação de soro em casos simples

QUADRO 16 - PROCEDIMENTOS ADOTADOS QUANDO DA NECESSIDADE DE ADMINISTRAÇÃO ESPECIAL DE MEDICAMENTOS

FONTE: A autora (2015)

6.3.2.15 Indicador 2.1.15: Administração incorreta de medicamentos

Finalizando o bloco de perguntas, foi investigado a ocorrência de falta ou sobra de medicamentos quando da administração aos idosos. Quando detectado este tipo de ocorrência, foi questionado o modo de detecção e os momentos em que houve falhas. As respostas são apresentadas no Quadro 17.

Na ILPI 1 quando se detectava sobra de medicamento nas caixas de administração, no mesmo instante o medicamento era administrado, segundo o entrevistado. No entanto, não era levado em consideração por quem administrava a coincidência de horário com administração do mesmo medicamento ou de outro princípio ativo em uso pelo morador. Ou ainda da administração conjunta com alimentos.

O estudo de Rosa (2011), já mencionado anteriormente, com quatro lares do conselho de Covilhã em Portugal, revelou que dentre os problemas mais frequentes na administração dos medicamentos está o de omissões, isso foi também observado aqui nas ILPIs 3, 8 e 10.

As três últimas questões das entrevistas são de especial importância para avaliar o uso racional e correto de medicamentos e de particular interesse para a profissão farmacêutica. Enfocam o uso correto de medicamentos e o acompanhamento farmacoterapêutico, finalizando com a importância do profissional farmacêutico nessas Instituições voltadas ao acolhimento de idosos.

ILPI	FALTA OU SOBRA	FORMA DE DETECTAR O MOMENTO DA FALHA
1	Sim	Olhar pela manhã as caixas com os medicamentos que foram administrados no dia anterior
2	Sim	Na separação dos medicamentos ou no próximo horário de administração consultar a caixa de medicamentos para identificar falhas
3	Sim	Quando esquece de colocar o medicamento no copinho de medicamentos que serão administrados é o momento da falha. A sobra acontece raramente
4	Não	Conferir as caixas de medicamentos dos turnos de administração
5	Não ocorre	Não informado
6	Não	Se faltar é porque a família não repôs o medicamento
7	Não ocorre	Não informado
8	Não ocorre	Os moradores como são lúcidos identificam os momentos de falha, se o administrador esquecer-se do medicamento eles lembram
9	Não ocorre	Não informado
10	Com frequência por sonegação do morador dizendo que toma depois o medicamento	Fazer conferência das caixas por períodos (manhã, tarde, noite) e fazer busca de medicamentos extraviados a cada 15 dias
11	Sim	Ver se paciente engoliu o medicamento. Pelo estado de saúde do morador sabe-se se o medicamento foi administrado

QUADRO 17 - SOBRA OU FALTA DE MEDICAMENTOS NA ADMINISTRAÇÃO AOS IDOSOS

FONTE: A autora (2015)

6.3.2.16 Indicador 2.1.16: Garantia do uso correto de medicamentos

Em relação ao questionamento sobre os procedimentos adotados para a garantia do uso correto de medicamentos por idosos moradores da residência as respostas estão apresentadas no Quadro 18.

Observa-se nas respostas dos entrevistados que o maior esforço para a garantia do uso correto de medicamentos pelos idosos das Instituições era no sentido de cuidar da administração dos medicamentos. Segundo o estudo realizado em Portugal por Rosa (2011) essa fase de administração de medicamentos é exatamente a fase que mais ocorrem erros que podem ser evitados facilmente se tomados os devidos cuidados.

ILPI	PROCEDIMENTO
1	Conferir prescrição na farmácia e posto de enfermagem
2	Separar medicação corretamente seguindo prescrição médica. Na hora da administração ver se medicamento a ser administrado do copo confere com o da caixa de cada morador
3	Verificar no momento da administração se o morador engoliu o medicamento
4	Cuidar da separação e administração dos medicamentos
5	Cuidar das etiquetas no fracionamento e administração dos medicamentos que tem informações com nomes do morador e do medicamento e horário de administração
6	Orientar continuamente os funcionários fazendo reuniões mensais para explicar a administração
7	Cuidar sempre da administração dos medicamentos
8	Registrar a administração dos medicamentos
9	Tudo o que foi relatado nas respostas anteriores dessa entrevista é feito no sentido de garantir o uso correto de medicamentos
10	Controlar rigorosamente os registros
11	Fazer administração assistida e controlar o livro de registros de administração

QUADRO 18 - PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA A GARANTIA DO USO CORRETO DE MEDICAMENTOS

FONTE: A autora (2015)

Apesar das ILPIs não seguirem um padrão único, pondera-se que todos os procedimentos relatados contribuem, de alguma forma, para o uso correto de medicamentos. Contudo, tais ações são apenas parciais quando se analisam todos os procedimentos que deveriam ser colocados em prática. Como exemplo, destaca-se a resposta dada pelo farmacêutico da ILPI 1, o qual aponta a avaliação da prescrição como garantia do uso correto de medicamentos. Avaliar prescrição significa apenas avaliar um papel e a obediência ao que está escrito ali. Entretanto,

deixa completamente em descoberto a observância da “pessoa” que usa o medicamento e todos os efeitos que esse produto pode produzir em seu organismo. Indo além e considerando-se diferentes pacientes que utilizam a mesma polimedicação, por exemplo, sabe-se que além das interações entre os produtos em si, há toda uma fisiologia e farmacologia própria de cada organismo, que será responsável por efeitos e ações diferentes dos medicamentos em cada paciente. Assim, se as prescrições são iguais, certamente os efeitos serão diferentes em cada indivíduo, sendo que o acompanhamento disso somado às intervenções farmacêuticas individualizadas é que garante mais apropriadamente o uso correto dos medicamentos.

6.3.2.17 Indicador 2.1.17: Acompanhamento farmacoterapêutico

Com este indicador procurou-se saber sobre o acompanhamento do uso e dos possíveis efeitos do uso de medicamentos pelos moradores. Em caso positivo, questionou-se a frequência desse acompanhamento. As respostas estão apresentadas no Quadro 19.

O acompanhamento do uso e dos possíveis efeitos do uso de medicamentos por idosos envolve a descoberta de efeitos terapêuticos e adversos (ROSA, 2011) e deve ter sua realização incentivada nas ILPIs, pois sabe-se que o idoso apresenta menor depleção e metabolização de fármacos resultando com isso ocorrência de mais efeitos adversos (COELHO FILHO, MARCOPITO, CASTELO, 2004; GORZONI, PIRES, 2006), além de eficácia terapêutica diminuída por conta das alterações do envelhecimento (ROZENFELD, 2003; ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2004; GORZONI, PIRES, 2006; SECOLI, 2010; ROSA, 2011). A atenção ao realizar essa tarefa deve ser máxima já que assim como na prescrição, individualização ou administração do medicamento podem ocorrer erros (ROSA, 2011).

O entrevistado pela ILPI 3 relatou que a maioria dos moradores que chegava à Instituição já tinha seu regime terapêutico estabelecido e usado há bom tempo, por isso os efeitos adversos desses medicamentos não eram mais observados. Isso pode ser um equívoco já que a ocorrência de efeitos adversos não depende unicamente do tempo de uso de um medicamento, mas também da administração

conjunta desses medicamentos com alimentos ou outros medicamentos ou da suscetibilidade atual do idoso ao princípio ativo em uso. Ainda com relação à mesma Instituição foi relatado que havia dificuldade de observar alguns efeitos adversos em idosos, pois às vezes nem mesmo o idoso percebia e relatava como o caso de tonturas ou problemas digestivos.

ILPI	ACOMPANHAMENTO	FORMA E FREQUÊNCIA
1	Sim	Ao iniciar o uso de um medicamento observam-se as alterações no morador, se houver o enfermeiro anota no livro de ocorrências e avisa o médico. Não foi informada a frequência do procedimento
2	Sim	Ao iniciar o uso de um medicamento faz-se estudo da sua ação, resultados e efeitos adversos. O morador é observado após a administração do medicamento, se houver alterações avisa o médico e anota no prontuário. Não foi informada a frequência do procedimento
3	Sim	Faz-se observação frequente dos efeitos no morador e identifica o medicamento que causou o efeito. Não foi informada a frequência do procedimento
4	Sim	Quando a dose do medicamento é alterada observa o morador durante uma semana e em casos de efeitos avisa o médico
5	Sim	Todos os dias, mas não foi informado como se dá o acompanhamento
6	Sim	Quando altera algum medicamento faz observação do morador nos primeiros dias, a frequência portanto é diária
7	Sim	Toda vez que um medicamento é administrado observa-se os possíveis efeitos principalmente quando é administração de um novo medicamento. A frequência do procedimento é diária
8	Sim	Observa-se os efeitos quando é administração de um medicamento novo. Não foi informada a frequência do procedimento
9	Sim	Observa-se a melhora da patologia. O acompanhamento é feito conforme a necessidade
10	Sim	É feita reunião semanal em dia pré-determinado para a discussão das alterações observadas nos moradores. A equipe de saúde discute os casos e resolve quais medidas serão tomadas
11	Sim	É feita reunião semanal em dia pré-determinado para discussão das alterações observadas diariamente nos moradores. Em toda alteração de prescrição os moradores são acompanhados para identificar os efeitos dos medicamentos. Na reunião a equipe de saúde discute o caso de cada morador e decide as medidas a serem tomadas

QUADRO 19 - ACOMPANHAMENTO DO USO DE MEDICAMENTOS PELOS IDOSOS

FONTE: A autora (2015)

O entrevistado da casa 5 disse que o sintoma de sonolência era observado frequentemente nos idosos moradores da Instituição, principalmente no caso de uso de medicamentos controlados. Quando isso acontecia era feito contato com o médico e solicitado para que alterasse a dose do medicamento. É importante saber

identificar um efeito adverso e principalmente identificar sua causa, como é feito nessa casa. É essencial também ter contato com os profissionais de saúde para que medidas no sentido de melhorar o problema sejam tomadas.

Foram observados também casos de preocupação do próprio profissional que prescreveu o medicamento em saber dos efeitos adversos como o caso da ILPI 8. Nesta o médico prescreveu um anticoagulante ao idoso e fazia contato com o enfermeiro da Instituição pedindo que o morador fosse monitorado quanto a sangramento de gengiva ou hematúria.

Foi observado que na ILPI 11 era incentivado que todos os membros da equipe de saúde monitorassem os moradores, cada um fazia um registro no seu setor e essas alterações no estado clínico dos idosos eram discutidas na reunião semanal.

6.3.2.18 Indicador 2.1.18: Importância do profissional farmacêutico

Como último questionamento dessas entrevistas foi solicitado a opinião acerca da importância da presença do profissional farmacêutico na ILPI e o porquê. As respostas são mostradas no Quadro 20.

Da análise do referido Quadro observa-se que a maioria dos entrevistados das ILPIs estudadas, oito das 11, consideravam importante a presença do farmacêutico nessas Instituições e três achavam que não. Em todas as Instituições que contavam com farmacêutico trabalhando os entrevistados consideravam importante a presença desse profissional, são as casas 1, 5, 7, 10 e 11, mostrando que o entrevistado observava os benefícios que esse serviço trazia para as ILPIs e seus idosos.

Das ILPIs sem farmacêutico prestando serviço três consideravam importante ter esse profissional, e três não. Três das casas sem farmacêutico não faziam a contratação desse profissional por motivos financeiros, por não terem recursos ou porque isso aumentaria a mensalidade da casa. O que é observado nesse estudo também é relatado no Documento do Paraná quando expõe que muitas ILPIs não conseguem ter profissionais especializados e qualificados trabalhando por restrições financeiras (PARANÁ, 2008).

Com essa visão, algo que foi sugerido pela entrevistada da ILPI 2, configura uma boa saída para o impedimento financeiro à contratação e poderá possibilitar que todas as ILPIs tenham a contribuição do farmacêutico. Foi sugerido que houvesse, fora das Instituições, farmacêuticos que prestassem assistência às Instituições tirando dúvidas e dando informações, desse modo um único profissional poderia atender mais de uma Instituição. Seria interessante que houvesse nas Unidades de Saúde do município farmacêuticos que prestassem serviços às Instituições de Longa Permanência para Idosos.

ILPI	OPINIÃO	JUSTIFICATIVA PARA A OPINIÃO
1	Sim	Pelo conhecimento e responsabilidade do farmacêutico no cuidado com os medicamentos, característica que outro profissional, como o enfermeiro, não teria
2	Não	A manipulação de medicamentos na casa vira rotina por isso não é necessária a presença do profissional na ILPI, mas seria bom ter farmacêutico fora da casa para dar assistência tirando dúvidas e informando sobre os medicamentos
3	Não	Ter farmacêutico na casa é desperdício, pois o medicamento já vem prescrito sendo necessária apenas sua separação, o enfermeiro pode fazer essa tarefa
4	Sim	Pelo conhecimento quanto aos medicamentos, sabe como fazer a separação. O motivo de não se ter atualmente farmacêutico na ILPI é financeiro
5	Sim	Pela contribuição na estrutura organizacional da Instituição e no manejo da farmacoterapia
6	Sim	Pela utilidade de seu serviço, mas há grande impedimento financeiro para sua contratação
7	Sim	É o profissional mais capacitado para cuidar dos medicamentos
8	Sim	Porque cuida do circuito dos medicamentos na ILPI, da separação e administração. Em casas com muitos moradores a presença é indispensável
9	Não	Na ILPI a quantidade de pessoas e de medicamentos é pequena. Em casas com muitos moradores é necessário. Há também o impedimento financeiro para a contratação desse profissional, a admissão aumentaria o custo da mensalidade dos idosos
10	Sim	O farmacêutico é o guardião da qualidade da administração, armazenamento e acompanhamento dos medicamentos. Além disso, o farmacêutico faz contato com o morador
11	Sim	Pela capacitação para cuidar da parte burocrática e da administração dos medicamentos. Também na administração da farmácia o farmacêutico é importante, outro profissional como assistente social ou psicólogo não teriam o mesmo conhecimento

QUADRO 20 - OPINIÃO DOS FARMACÊUTICOS DE ILPIs QUANTO À IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DO FARMACÊUTICO NAS INSTITUIÇÕES

FONTE: A autora (2015)

Os entrevistados das casas 8 e 9 consideravam indispensável a presença do profissional farmacêutico apenas nas Instituições com grande número de moradores, mas pode-se afirmar que em ILPIs pequenas esse profissional também pode fazer a

diferença pois suas tarefas não devem ficar restritas a aquisição ou ao cuidado com o estoque dos medicamentos, mas também e principalmente acompanhando o morador, observando interações e efeitos adversos.

Certificando a capacitação que o profissional farmacêutico tem para cuidar de todo o circuito do medicamento em ILPI, conforme citado pelos entrevistados das casas 1, 4, 5, 7, 8, 10 e 11 o Conselho Nacional de Educação com a Resolução nº 2, de 19 de fevereiro de 2002, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, estabelece no artigo 6º, capítulo IV:

IV - Ciências Farmacêuticas – incluem-se os conteúdos teóricos e práticos relacionados com a pesquisa e desenvolvimento, produção e garantia da qualidade de matérias primas, insumos e produtos farmacêuticos; legislação sanitária e profissional; ao estudo dos medicamentos no que se refere à farmacodinâmica, biodisponibilidade, farmacocinética, emprego terapêutico, farmacoepidemiologia, incluindo-se a farmacovigilância, visando garantir as boas práticas de dispensação e a utilização racional; conteúdos teóricos e práticos que fundamentam a atenção farmacêutica em nível individual e coletivo; conteúdos referentes ao diagnóstico clínico laboratorial e terapêutico e conteúdos da bromatologia, biosegurança e da toxicologia como suporte à assistência farmacêutica (BRASIL, 2002).

Portanto, o farmacêutico domina conhecimentos sobre o medicamento e está habilitado para atuar no cuidado do uso desses medicamentos em ILPIs.

No entanto, infelizmente, nem sempre o farmacêutico é reconhecido como o profissional habilitado a cuidar do circuito do medicamento, na própria RDC nº 283, já mencionada anteriormente, a responsabilidade pelos medicamentos dentro de uma ILPI é conferida ao responsável técnico ao qual apenas é exigida formação superior, sem especificar qual formação.

O Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo defende que o profissional farmacêutico é o único legal e tecnicamente habilitado para garantir a utilização correta dos medicamentos e a eficácia do tratamento (MELHOR IDADE MERECE CUIDADOS ESPECIAIS, 2007) sendo, portanto, necessário em ILPIs, mas infelizmente não é o que se observa em algumas ILPIs de Curitiba.

A inserção do farmacêutico nas ILPIs segundo Aguiar *et al.* (2008) é fundamental para se alcançar o uso racional de medicamentos nas Instituições que cuidam de idosos. Outro serviço que pode ser prestado pelo farmacêutico em Instituições de Longa Permanência é o de revisão da farmacoterapia dos moradores, assim como acontece nos Estados Unidos, onde a presença de profissional

farmacêutico é obrigatória em ILPIs há mais de 30 anos e o serviço de revisão tem trazido benefícios aos idosos institucionalizados (ROSA, 2011).

6.3.3 Categoria 2.2: Caracterização do Trabalho do Farmacêutico em ILPIs

Esta categoria de análise teve por objetivo avaliar o perfil do trabalho do profissional farmacêutico em Instituições de Longa Permanência para Idosos em Curitiba, nos aspectos relativos à formação e ao exercício profissional na Instituição. Na época da coleta de dados foram encontradas apenas cinco instituições (6,7%), das 75 em funcionamento em Curitiba, que possuíam farmacêuticos em seu quadro profissional, tendo sido todos eles entrevistados. Esse dado é coincidente com o percentual de farmacêuticos encontrados em ILPIs paranaenses em 2008, sendo 14 farmacêuticos em 229 Instituições (6,11%) (PARANÁ, 2008).

Para a obtenção dos dados desta categoria foram realizadas entrevistas com os profissionais farmacêuticos utilizando como instrumento, roteiro semiestruturado contendo 15 questões (Apêndice 3).

6.3.3.1 Indicador 2.2.1: Local e data de graduação

Inicialmente foi questionado onde e quando o farmacêutico havia se graduado em Farmácia. O profissional da casa 1 respondeu ter se graduado na Universidade de Marília, São Paulo, em 1997. O da casa 5 na PUC-PR, Curitiba, em 2011. O da casa 7 na PUC-PR, Curitiba, em 1999. O da casa 10 na UFPR, Curitiba, em 2007. E por fim, o farmacêutico da casa 11 na UniBrasil, Curitiba, em abril de 2012.

6.3.3.2 Indicador 2.2.2: Formação específica e experiência no trabalho com idosos

Em seguida foi questionado se os entrevistados possuíam formação específica para o trabalho com idosos, como cursos, estágios etc. Também foi questionado quanto à experiência anterior neste tipo de função. As respostas estão expostas no Quadro 21.

Quanto à formação específica três farmacêuticos de ILPIs relataram não ter formação específica para esse trabalho e dois disseram ter apenas cursos na área, sendo que o farmacêutico da ILPI 7 fez esses cursos por intermédio das entidades FAS e VISA. É muito importante que o farmacêutico tenha formação adequada para trabalhar com idosos, pois como já mencionado, essa população necessita de cuidados específicos quanto ao uso de medicamentos, já que muitos deles estão debilitados, além das alterações normais advindas do envelhecimento. Neste contexto e em se considerando que a população mundial envelhece a passos rápidos, destaca-se o papel das escolas de Farmácia em se reestruturar, garantindo a boa formação de seus egressos para atuarem com competência nesta área.

Quanto à experiência anterior, três profissionais disseram não ter experiência anterior e um relatou experiência apenas com a tarefa de fracionar medicamentos. Observa-se que para este profissional, o trabalho em fracionamento de medicamentos é considerado experiência no trabalho com idosos, o que revela a visão limitada sobre a demanda profissional para esse tipo de atuação. Sem formação prévia nem qualificação, como trabalhar bem em uma área que exige tanto?

LPI	FORMAÇÃO ESPECÍFICA	EXPERIÊNCIA ANTERIOR
1	Especialização em farmácia hospitalar, mas não na área propriamente	Não
5	Sem formação específica	Estágio no Hospital da Polícia Militar onde fazia fracionamento de medicamentos
7	Cursos na área através da FAS e da VISA	Desde 1982 convive com os idosos da ILPI que era de seus pais e já naquela época fazia administração de medicamentos
10	Cursos em geriatria e gerontologia	Não
11	Sem formação específica	Não

QUADRO 21 - FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS FARMACÊUTICOS PARA O TRABALHO COM IDOSOS

FONTE: A autora (2015)

Cabe ressaltar o que Yamamoto e Diogo (2002) postulam quanto aos profissionais de ensino superior e médio que prestam serviços a Instituições de Longa Permanência para Idosos, sugerindo que devem ter acesso à formação específica para trabalhar com este público, devido às peculiaridades das alterações decorrentes do processo de envelhecimento que exigem qualificação e conhecimentos específicos. Infelizmente não é o que se observa em algumas ILPIs investigadas do município de Curitiba.

6.3.3.3 Indicador 2.2.3: Tempo de atividade profissional nas ILPIs e carga horária

Quanto ao tempo de atividade profissional na ILPI e carga horária semanal, os farmacêuticos entrevistados responderam o que segue. O profissional da casa 1 respondeu que trabalhava há 8 anos na casa com carga horária de 44 horas semanais. O profissional da Instituição 5 respondeu que trabalhava há 10 meses com carga horária semanal de 30 horas. O da 7 relatou que trabalhava na casa desde 2000 desempenhando 40 horas semanais, mas que já havia exercido carga horária maior por ter outras funções na casa. O farmacêutico da ILPI 10 trabalhava na Instituição há 4 anos com carga horária semanal de 40 horas. Por fim o farmacêutico da casa 11 disse trabalhar há 1 mês com 44 horas por semana.

O farmacêutico que trabalhava há menos tempo em ILPI era o da Instituição 11, que trabalhava há um mês e o que cumpria menor carga horária era o da ILPI 5 com 30 horas semanais. Essas considerações serão importantes para notar mais adiante que mesmo cumprindo tantas horas semanalmente essas horas eram, em sua maior parte, gastas com a aquisição, o estoque e o fracionamento de medicamentos deixando de lado o acompanhamento e o cuidado com o uso de medicamentos pelos idosos.

A carga horária do farmacêutico encontrada nesse estudo é diferente da encontrada no documento de 2008 do Estado do Paraná que revelou que nas 229 ILPIs pesquisadas no estado foram encontrados 14 farmacêuticos trabalhando e estes exerciam carga horária semanal média de 10,4 horas (PARANÁ, 2008). Esse valor é bem abaixo do encontrado no presente estudo quando a média de carga horária semanal foi de 34,8 horas.

6.3.3.4 Indicador 2.2.4: Atividade / responsabilidade profissional desempenhada

Em relação às atividades e responsabilidades profissionais dos farmacêuticos desempenhadas nas Instituições, as informações estão no Quadro 22.

ILPI	ATIVIDADE / RESPONSABILIDADE
1	Farmacêutico responsável. Cuidar da dieta enteral, higiene diária dos moradores, compra e dispensação de medicamentos e controle do estoque mensal, análise de prescrições
5	Arrumar medicamentos para administração
7	Administrar, estocar e controlar medicamentos
10	Farmacêutico responsável e responsável técnico da qualidade da água da ILPI
11	Acompanhar casos clínicos com demais profissionais de saúde da ILPI durante as reuniões, controle de estoque, dispensação, fracionamento e pedidos de medicamentos

QUADRO 22 - ATIVIDADES E RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS
FONTE: A autora (2015)

Cabe aqui, antes de tudo, fazer uma breve consideração histórica em relação à profissão farmacêutica no Brasil: como em quaisquer profissões, a farmacêutica passa por transformações ao longo dos anos, fruto do desenvolvimento e oferta de tecnologias e novas demandas em saúde. Assim, observa-se que em anos recentes, a profissão farmacêutica tem se voltado muito mais à pessoa usuária do medicamento que ao medicamento em si. Com a imensa gama de produtos farmacêuticos no mercado e com a banalização de seu uso, cresce a necessidade de atuação profissional voltada aos cuidados para garantir o seu uso correto e seguro. Entretanto, tal demanda profissional não vem acompanhada da necessária formação, atualização e atuação profissional. Neste sentido, observa-se que os farmacêuticos das cinco ILPIs que participaram do estudo têm sua atuação ainda centrada no medicamento e não na pessoa que faz seu uso, como seria necessário.

É importante ainda considerar os diferentes contextos de trabalho em que cada farmacêutico pode estar inserido. Assim, se um profissional trabalha exclusivamente com gestão do medicamento, em locais onde não há usuários do mesmo, evidentemente que o foco da atenção será diferente daquele que trabalha em locais como as ILPIs onde, além de haver usuários de medicamentos, esses se encontram em condições de grande fragilidade. Não se pode negligenciar tais

diferenças de contextos e as atribuições profissionais devem ser obviamente diferenciadas.

Discute-se, assim, qual o significado de “responsabilidades profissionais” sob o ponto de vista dos farmacêuticos entrevistados. Para o farmacêutico da ILPI 5, por exemplo, significa apenas organizar os medicamentos para a administração ao idoso e para o profissional da ILPI 7 é administrar, estocar e controlar medicamentos que, segundo ele, são todas as tarefas que cabe ao farmacêutico fazer. Em nenhuma dessas respostas foi citado o acompanhamento farmacoterapêutico do uso de medicamentos por idosos que consiste em uma das tarefas mais importantes na defesa de se ter esse profissional em ILPIs.

O profissional da ILPI 1 tem atividades um pouco mais abrangentes como cuidar da dieta enteral e higiene diária dos moradores, comprar e dispensar medicamentos e controlar estoque mensal, além de analisar prescrições, mas ainda sem acompanhar os idosos no uso de medicamentos. Esse profissional relatou ainda ser o farmacêutico responsável, mas como o profissional e o estabelecimento não estão registrados no CRF-PR, não há cargo de responsável legal.

O profissional da ILPI 10 era também responsável pela qualidade da água que era usada pela casa. Essa água era obtida de um poço artesiano de onde uma amostra era retirada todo mês e mandada para análise no Laboratório de Pesquisas Hidrogeológicas (LPH) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) onde eram feitas análises, como a dosagem de cloro. A Instituição tinha convênio com o Laboratório da UFPR e as análises eram gratuitas. Essa responsabilidade foi exigida pela Vigilância Sanitária a quem o farmacêutico enviava relatório mensalmente sobre a qualidade da água.

O farmacêutico da Instituição 11 relatou que as reuniões realizadas semanalmente foram sugestão da Vigilância Sanitária com o objetivo de aproximar a equipe de saúde dos moradores idosos. O profissional mencionou ainda que para as atividades que desempenhava contava com a ajuda de quatro pessoas que também trabalhavam na farmácia que tinha caráter hospitalar. As reuniões realizadas pelas casas 10 e 11 são dignas de serem copiadas pelas demais ILPIs do município, pois proporcionam um diálogo entre os profissionais da equipe de saúde sobre os cuidados e serviços dispensados aos idosos.

6.3.3.5 Indicadores 2.2.5 e 2.2.6: Facilidades e dificuldades no desempenho das funções farmacêuticas nas ILPIs

No quadro 23 são apresentados os relatos das facilidades e das dificuldades dos farmacêuticos no desempenho de suas funções profissionais nas ILPIs.

O Documento do estado do Paraná (PARANÁ, 2008) traz as dificuldades relatadas em entrevista pelos profissionais no desempenho de suas funções nas ILPIs. Dentre esses profissionais está o farmacêutico que na entrevista aborda as dificuldades enfrentadas na gerência e administração das ILPIs relatando como única dificuldade a relação com os idosos sem dar maiores explicações. Essa dificuldade foi também relatada pelo farmacêutico da ILPI 1 quando menciona ter dificuldade para convencer o idoso a tomar o medicamento. No Documento foi argumentado também que a falta de dificuldades relatada pelos profissionais das ILPIs pode ter sido ocasionada pelo receio de sofrer represálias nas ILPIs, isso pode também ter acontecido com os farmacêuticos entrevistados das ILPIs desse estudo.

ILPI	FACILIDADES	DIFICULDADES
1	O fato do idoso de ILPI ser um paciente sempre ao alcance e também por conhecer cada morador	Com o idoso quando não quer tomar o medicamento e no contato com a família cobrando que traga o medicamento para o morador
5	Dominar a parte farmacêutica da medicação	Lidar com grande quantidade de medicamentos
7	Entender de assuntos relacionados aos medicamentos	Não poder prescrever, apesar da Resolução a prescrição farmacêutica não é bem vista pela população
10	Receber reconhecimento da diretora, da gerente e do médico RT da Instituição, isso dá alegria em exercer a profissão e em constatar que é um trabalho bem visto	No início de seu trabalho havia problema de espaço físico insuficiente para realização das tarefas da farmácia, atualmente a sala destinada a isso está ficando novamente pequena
11	Não existem	Fazer a contagem manual dos medicamentos

QUADRO 23 - FACILIDADES E DIFICULDADES PROFISSIONAIS

FONTE: A autora (2015)

O conhecimento acerca do uso de medicamentos foi a facilidade mais citada pelos entrevistados das ILPIs. As dificuldades citadas foram bastante heterogêneas. O farmacêutico da ILPI 5 relatou que a grande quantidade de medicamentos na Instituição é uma dificuldade, porém nessa instituição havia apenas 24 moradores, o que pode ser considerado pouco comparado com a Instituição 10, por exemplo, que

tinha 120 moradores. Nessa ILPI 10, apesar de haver cinco vezes mais o número de moradores que na ILPI 5 e fatalmente um volume muito maior de medicamentos a serem administrados, a principal dificuldade apontada foi a falta de espaço para desempenhar seu serviço de maneira adequada e não o volume de medicamentos. Mais uma vez se constata a divergência de visões profissionais quanto ao trabalho com idosos. Destaca-se ainda como dificuldade apontada o fato do farmacêutico da Instituição 7 não poder prescrever pela não aceitação por parte da população, apesar da Resolução nº 586 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) do ano de 2013 regulamentar essa prática.

6.3.3.6 Indicador 2.2.7: Relacionamento com os demais profissionais de saúde

Os farmacêuticos foram questionados quanto à relação mantida com os demais profissionais de saúde que trabalham na Instituição. O profissional da casa 1 relatou que sempre trocava informação sobre o medicamento com a enfermeira e com a nutricionista. O profissional da ILPI 5 disse relacionar-se muito bem e o da Instituição 7 disse ter excelente relação. O profissional da 10 disse que a convivência era muito boa, existindo no local uma equipe multiprofissional onde os profissionais interagem, por exemplo, procurando outro profissional quando se deparavam com problemas que estavam fora de sua competência nos idosos. Relatou ainda que era questionado sobre mudanças de medicação pelos demais profissionais quando esses percebiam mudança no comportamento dos idosos. A profissional da ILPI 11 relatou que a relação era boa e que os médicos eram acessíveis.

6.3.3.7 Indicador 2.2.8: Interação do farmacêutico com os moradores das ILPIs

No aprofundamento da investigação sobre o trabalho farmacêutico em ILPIs foi questionado sobre o grau de interação com os idosos. Em caso positivo, foi

questionado como era essa interação. Em caso negativo, questionou-se o porquê de não haver interação.

O farmacêutico entrevistado pela ILPI 1 relatou ter interação apenas com os idosos lúcidos da casa afim de saber se havia alguma dificuldade dos idosos com os medicamentos ou qual a causa frente a recusa do idoso tomar o medicamento. É positivo e esperado que haja interação do farmacêutico com os idosos das ILPIs, mas esse contato deveria ser feito com todos os moradores de alguma forma, não apenas com os idosos lúcidos. O cuidado com o uso de medicamentos com idosos não lúcidos deve ser ainda maior graças à probabilidade de problemas pelo seu uso. Os idosos não lúcidos não conseguem relatar sintomas, que podem ser efeitos adversos dos medicamentos, sendo justamente aí que haveria necessidade de maior acompanhamento farmacoterapêutico.

Na ILPI 5 o farmacêutico não interagiu com os idosos, pois, segundo ele, o local onde desempenhava suas atividades com os medicamentos era localizado na parte inferior da Instituição e os moradores ficavam na parte superior. Sua tarefa era separar os medicamentos a serem administrados e os mandar para o posto de distribuição no andar de cima da casa. Em entrevista o profissional ainda citou que pediam para que não tivesse contato com os moradores, com a família dos moradores ou com os cuidadores de idosos, pois era farmacêutico. Notou-se aqui que a equipe de saúde não interagiu para o bem do morador. Nessa casa os atendentes, assim como os cuidadores, eram os responsáveis pela administração dos medicamentos, mas mesmo assim não era estimulado o contato do farmacêutico com eles, ficando assim o serviço do farmacêutico muito restrito ao estoque e fracionamento do medicamento, sem acompanhamento de todo o seu circuito na ILPI.

O farmacêutico da casa 7 disse haver interação com os idosos, por exemplo, para convencer o idoso a aceitar a medicação. Nesse processo o profissional explicava ao idoso porque era necessário tomar o medicamento e com isso transmitia confiança a ele, pois notou-se que os idosos gostavam de conversas e explicações. Esse é um papel importante do farmacêutico dentro de uma ILPI, fazer a ponte entre o medicamento e o paciente que o usa, prestar esclarecimentos e observar os efeitos dos medicamentos.

Na ILPI 10 todos os funcionários interagiam com os idosos para ajudar a vestir-se, conversar ou convidar para alguma atividade da casa. A interação do

farmacêutico com o idoso, propriamente dita, era feita apenas com os idosos lúcidos explicando quais medicamentos iriam tomar e porque, fazendo, segundo o entrevistado, atenção farmacêutica. Além disso, o farmacêutico celebrava a novena semanal dos idosos. Havia nessa Instituição maior interação do farmacêutico com os idosos, apesar de fazer atenção farmacêutica apenas para os idosos lúcidos a realização por ele de uma celebração religiosa pode aproximar os idosos do farmacêutico.

Na casa 11 havia interação em forma de conversa do farmacêutico com os idosos quando esse profissional circulava pela casa. O profissional disse querer que essa atividade fosse incluída em suas atividades diárias assim como poder acompanhar se há interações de medicamentos. Nota-se vontade de maior interação por parte do farmacêutico e também que esse profissional tem consciência da importância de acompanhar o uso de medicamentos por idosos.

6.3.3.8 Indicador 2.2.9: Prática e possibilidades de prescrição farmacêutica nas ILPIs

Com base na Resolução CFF nº 586 / 2013, que trata da prescrição farmacêutica, foi questionado se os farmacêuticos já praticam essa prerrogativa ou avaliam a possibilidade de praticá-la. O profissional da casa 1 disse que não pretende praticar. O profissional da ILPI 5 disse que não a realizava e não via a possibilidade de realizar, já que cada morador tinha seu próprio médico, não pretendendo interferir nisso. Nota-se aqui omissão e timidez do profissional em realizar um serviço regulamentado em Lei e que poderia contribuir para a saúde dos idosos institucionalizados tendo respeitadas as condições em que essa prescrição deve ocorrer.

O profissional da casa 7 relatou que não a praticava, apesar de ser uma excelente possibilidade. Entretanto aponta que ainda é muito recente e deve ser amadurecida, já que apresenta resistências que devem ser ultrapassadas. Nas palavras do entrevistado, “está aprovado, mas não dá para ir ‘quebrando’ tudo”. O profissional da casa 10 disse que já praticava, exemplificando com a indicação de Biovicerin® em casos de diarreia. Lembra que na necessidade de prescrição médica e ausência do profissional, ele contata o médico explicando a situação. O

farmacêutico dessa Instituição destacou ainda que a prescrição farmacêutica feita por ele acontece respeitando as limitações. Assim, quando algum outro profissional da casa relata ao farmacêutico o que observou no idoso, se possível, o farmacêutico providencia a prescrição.

Por fim o profissional da Instituição 11 não avaliava a possibilidade de aplicar ainda, justificando que na Instituição tem médicos que cuidam de todo o tipo de prescrição. Informou da prática de prescrição do “se necessário” e da existência de uma caixinha de emergência também, práticas, como já discutido anteriormente, recriminadas pela RDC nº 283 / 2005.

6.3.3.9 Indicador 2.2.10: Solicitação de atuação profissional farmacêutica em situações de transtornos menores

Buscando verificar como é percebida a possibilidade de atuação profissional farmacêutica em situações de transtornos menores dos idosos nas ILPIs foi questionado aos farmacêuticos se eles eram requisitados a atuar nesses momentos. Em caso negativo, questionou-se quais os procedimentos adotados pela Instituição.

Na ILPI 1 o farmacêutico era requisitado a atuar em caso de transtornos menores, mas qualquer medicamento só era administrado tendo prescrição médica. Nota-se, portanto, que o profissional farmacêutico não tinha independência para atuar nessas situações ficando o diagnóstico e a escolha do medicamento por conta do médico enquanto o farmacêutico, com os conhecimentos que tem, poderia solucionar o problema.

O farmacêutico da casa 5 era chamado a atuar, mas também sem autonomia. Existia na Instituição um profissional denominado supervisor de medicamentos, quando o farmacêutico identificava algum problema de saúde no idoso esse profissional era avisado, que, por sua vez, entrava em contato com o médico explicando o caso e administrava ao idoso o medicamento indicado pelo médico. O médico redigia uma prescrição do medicamento e enviava para a casa, mesmo após a administração do medicamento. Essa prática de prescrever um medicamento após sua administração ocorre também na Bélgica e em Portugal (ROSA, 2011).

Na ILPI 7 o farmacêutico também atuava em casos de hipoglicemia e pressão arterial baixa, mas em conjunto com o médico, como ocorreu nas casas descritas anteriormente. Para saber qual medida tomar frente aos transtornos menores o farmacêutico fazia uma busca no registro de Serviço de Emergência Médica procurando as medidas tomadas anteriormente ou recomendações do que fazer.

Já na casa 10 o farmacêutico era bastante consultado sobre que atitude tomar ou qual medicamento administrar. Essa casa era a única das cinco estudadas que dá autonomia ao farmacêutico de agir em transtornos menores.

Por fim, na Instituição 11 o farmacêutico não era chamado a atuar em transtornos menores, sendo esses casos encaminhados ao médico ou discutidos nas reuniões semanais. Observa-se que na maioria das casas o farmacêutico não tinha claras as tarefas que pode, por direito, desempenhar. Ou então eram reprimidos por outros profissionais presentes e não as desempenhavam ou ainda compartilhavam com outros profissionais esse serviço. Apenas na ILPI 10 o farmacêutico atuava com autonomia em transtornos menores, ou seja, das 75 ILPIs de Curitiba em apenas uma havia profissional farmacêutico com autonomia para trabalhar nessa tarefa.

Nas ILPIs 1, 5 e 7 é importante ressaltar que apesar dos farmacêuticos relatarem serem requisitados a atuar em transtornos menores, a última palavra era sempre do médico. A última palavra também era do médico na ILPI 11 onde o farmacêutico não tinha claras as tarefas que podia desempenhar ou se tinha era reprimido por outros profissionais da ILPI.

6.3.3.10 Indicador 2.2.11: Atuação profissional farmacêutica na resolução de problemas relacionados aos medicamentos em ILPIs

Este indicador teve por objetivo investigar como são resolvidos problemas essencialmente farmacêuticos nas Instituições para idosos. Para tanto os farmacêuticos foram questionados sobre serem requisitados a atuarem como profissionais de saúde em eventos possivelmente relacionados a erros de prescrição, de administração, interações de medicamentos com alimentos ou outros

medicamentos, efeitos adversos etc. Em caso negativo questionou-se quais os procedimentos adotados pela Instituição.

Na ILPI 1 o profissional era requisitado a atuar nesses casos, mas não foi informado o procedimento estabelecido pela casa. A atuação do farmacêutico nessa tarefa também acontecia na Instituição 5 cuidando da interação de medicamentos como o caso da administração conjunta do Puran® com o Omeprazol® que foi corrigida.

O farmacêutico da casa 7 atuava apenas na identificação de eventos relacionados a administração de medicamentos novos, os medicamentos com bastante tempo de uso não causavam problemas aos idosos segundo o entrevistado. Essa questão foi discutida anteriormente e recriminada, pois os efeitos que os medicamentos causam nos idosos não dependem somente do tempo de uso, mas também das condições do organismo no momento do uso do medicamento.

Na Instituição 10 o farmacêutico atuava na verificação de erros relacionados à prescrição. Efeitos adversos observados nos idosos eram narrados ao farmacêutico por outros profissionais da casa e este fazia o estudo da prescrição, buscando o medicamento que poderia estar causando este efeito, se algum medicamento fosse adicionado, retirado ou tivesse alteração de dose. Podia ser constatado também que o problema não estava relacionado ao medicamento então a causa era procurada.

Na casa 11 esse era o único farmacêutico que não era requisitado a atuar diretamente nessa tarefa, pois se fosse observado algum evento relacionado a medicamentos este era discutido nas reuniões semanais com toda a equipe de saúde. Observa-se omissão do farmacêutico nessa função, pois com sua formação ele teria embasamento para atuar diretamente na identificação e solução de eventos relacionados aos medicamentos.

Finalizando essa reflexão, é importante haver profissional farmacêutico capacitado trabalhando na resolução desses problemas, pois outro profissional pode não perceber a relação entre o uso de um medicamento e algum efeito no paciente, relacionando o problema a outra causa.

6.3.3.11 Indicador 2.2.12: Solicitação de atuação profissional fora do horário de expediente

Tendo em vista que problemas relacionados à saúde dos idosos podem ocorrer em qualquer momento, foi questionado se os farmacêuticos eram contatados para intervir em situações como transtornos menores ou problemas relacionados ao uso dos medicamentos fora de seu expediente de trabalho.

Na casa 1 isso raramente acontecia, mas se preciso o farmacêutico atuava. Na ILPI 5 o farmacêutico era contatado em segundo plano, apenas quando a casa não conseguia contato com o supervisor de medicamentos.

Os farmacêuticos das ILPIs 7 e 10 eram chamados a atuar fora de seus horários de expediente. O entrevistado pela casa 10 relatou que atuava em finais de semana, feriados e à noite e o contato era feito para perguntar qual medicamento devia ser administrado a uma determinada situação. Na Instituição 11 o farmacêutico não atuava nessa situação.

Os três últimos indicadores investigados por meio das entrevistas tiveram por objetivo coletar percepções e opiniões pessoais dos farmacêuticos a respeito do seu próprio trabalho nas Instituições de acolhimento de idosos.

6.3.3.12 Indicador 2.2.13: Sentimentos de valorização da atuação profissional

Os farmacêuticos foram questionados quanto a se sentirem valorizados em sua atuação profissional, solicitando explicação a respeito.

Na ILPI 1 o farmacêutico sentia-se valorizado por ser procurado pelos demais profissionais da casa pedindo informações sobre medicamentos, principalmente sobre interações de medicamentos, assunto que era discutido principalmente com o nutricionista.

Na casa 5 o profissional sentia-se mais valorizado com o trabalho que desempenhava na Instituição do que trabalhando em farmácia comercial, sendo que o que contribuía para esse sentimento era o fato de na ILPI ser chamado de farmacêutico e ser reconhecido pelo trabalho que fazia. Contudo questiona-se que

tipo de trabalho é esse que o faz se sentir reconhecido. Por cuidar do estoque, como foi mencionado anteriormente por ele como sua principal atividade na ILPI? O farmacêutico relatou que assumir a função na casa foi facilitado por já trabalhar em uma casa psiquiátrica do mesmo dono e por treinar quem assumia a função de farmacêutico na Instituição antes dele. Considera ter feito um bom trabalho na casa, pois organizou a distribuição dos medicamentos, tarefa que não era bem feita devido a alta rotatividade de farmacêutico que havia antes.

O profissional da ILPI 7 também relatou seu sentimento de valorização por saberem a importância real de um profissional farmacêutico capacitado, sendo essa valorização maior atualmente do que quando formou-se em 1999. Aqui mais uma vez se chama à reflexão o sentimento de valorização e capacitação por uma atividade de estoque e administração de medicamentos, muito aquém de outras possibilidades pelas quais haveria considerável valorização.

Na casa 10 a valorização que o profissional sentia vinha do gosto por exercer a profissão, por gostar de lidar com medicamentos. Existe reconhecimento do gerente e dos médicos que o lembravam de quantos problemas já foram solucionados pelo farmacêutico e do bom conhecimento que detinha para trabalhar na ILPI.

Na Instituição 11 o farmacêutico sentia-se valorizado por ser procurado para saber se havia medicamentos disponíveis na instituição ou se seria possível adquiri-los. Aqui novamente uma grande limitação quanto às possibilidades de atuação profissional farmacêutica e, inclusive, uma distorção de atribuições, já que a aquisição de medicamentos pode ser perfeitamente executada por outro profissional, não sendo este um motivo para valorização farmacêutica. Se por um lado a formação desse profissional não lhe possibilitou perceber seus campos de atuação, por outro lado observa-se falta de iniciativa do próprio profissional em buscar outras atividades farmacêuticas na instituição.

Em todos os casos nota-se que a valorização que o profissional sente parte do conhecimento técnico sobre medicamentos que tem ou do reconhecimento desse conteúdo por outros profissionais da casa. Isso é muito pouco frente a todas as atividades importantes que o farmacêutico pode desempenhar na casa, como por exemplo, acompanhar o uso de medicamentos pelos idosos tendo contato direto com eles. Esse trabalho pode não estar sendo feito pela escassez de tempo, já que

há apenas um farmacêutico por casa e este fica todo o tempo desenvolvendo atividades administrativas.

6.3.3.13 Indicador 2.2.14: Importância da presença do profissional farmacêutico em ILPIs

Foi questionada a opinião de cada farmacêutico entrevistado sobre a importância de haver profissional farmacêutico trabalhando em ILPIs. O profissional da casa 1 respondeu que era importante para evitar erros de medicação, relatando que sabe de erros ocorridos em outras instituições, relatados por moradores e suas famílias. Em questão anterior esse farmacêutico relatou que para evitar erros de medicação fazia conferência da prescrição. Andrade, Silva e Freitas (2004) defendem que nessa atividade de minimização dos erros de administração o farmacêutico tem fundamental importância, podendo analisar a prescrição e apontar perigos iminentes na farmacoterapia.

Na casa 5 o farmacêutico disse achar fundamental, destacando que no fracionamento dos medicamentos outro profissional não o faria de maneira adequada. Destaca-se que apenas saber fracionar os medicamentos é muito pouco frente a tantas atividades que o farmacêutico pode e deve desempenhar. O profissional da ILPI 7 disse que o farmacêutico tem total importância, frisando que não existe profissional mais capacitado para agir nessa área. No entanto questiona-se aqui o que esse profissional capacitado está fazendo. Fracionando medicamentos? Cuidando do estoque de medicamentos? Apenas isso? E o acompanhamento farmacoterapêutico?

Na Instituição 10 o farmacêutico acreditava que a presença era muito importante, pois para trabalhar com muitos medicamentos era necessário um farmacêutico para o cuidado. Realmente é importante ter farmacêutico trabalhando no cuidado com múltiplos medicamentos, mas não são apenas os medicamentos que devem ser o centro do cuidado de um profissional farmacêutico, mas sim o idoso que usa o medicamento. O farmacêutico da casa 11 disse ser importante para ter o controle de medicamentos. Mais uma vez percebe-se atenção do farmacêutico centrada no medicamento, exclusivamente.

6.3.3.14 Indicador 2.2.15: Implicações da ausência do profissional farmacêutico em ILPIs

Finalizando esta série de entrevistas, foi perguntado a cada farmacêutico qual a sua opinião sobre as implicações de não haver profissional farmacêutico trabalhando em ILPIs. O profissional da casa 1 disse que podem ocorrer erros de medicação e que podem ser administrados medicamentos vencidos. O profissional da casa 5 disse que podem haver erros na distribuição da medicação ou no fracionamento, argumentando que deveria haver lei obrigando a presença de profissional farmacêutico nas Instituições de Longa Permanência.

O profissional da casa 7 afirmou que podem ocorrer problemas pela falta de conhecimento na área da medicação, lembrando que o farmacêutico estudou, cursou uma faculdade, logo tem preparo. O profissional da ILPI 10 respondeu que não ter um farmacêutico a chance de ocorrerem erros de medicação aumenta, entre outras coisas. Lembra ainda que há muitos profissionais que não têm a base de estudo do farmacêutico e que é muito importante saber ainda mais em temas como polifarmácia para se trabalhar com idosos.

Por fim o profissional da casa 11 disse que pode ocorrer má administração dos medicamentos quando não há farmacêutico ou a atividade é desempenhada por outro profissional, pois já presenciou em outra Instituição, onde também há farmacêutico, mas quem faz a administração do medicamento ao idoso é o enfermeiro, a administração de até quatro comprimidos ao mesmo tempo.

Cabe aqui promover uma importante reflexão: a questão da fragilidade da saúde dos idosos e do particular cuidado que se deve ter em relação ao uso de medicamentos por essas pessoas está extensamente documentado, assim como a prática da polifarmácia, o grande consumo de medicamentos em ILPIs e os diversos casos de agravamento no estado de saúde pelo uso incorreto dos mesmos.

Por outro lado, a legislação que trata deste tema ainda não prevê a exigência de profissionais farmacêuticos se ocupando desse cuidado que é próprio de sua profissão. Reforçando este equívoco, há autores, como Smanioto e Haddad (2013), que defendem que a responsabilidade pela administração dos medicamentos aos idosos institucionalizados seja da equipe de enfermagem, justificando ser esta uma atividade que requer “responsabilidade e embasamento

científico” para que seja “segura” ao usuário do medicamento. Seguem tais autores afirmando que a equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, deve ter conhecimento de farmacologia para que se possa identificar interações e incompatibilidades medicamentosas e possíveis reações adversas, diminuindo os riscos a que o paciente está propenso. Esse posicionamento tem inclusive respaldo legal, como no Decreto Lei nº 94406 de 1987 (BRASIL, 1987) artigo 11, inciso III, alínea “a”, onde se afirma que é atribuição do auxiliar de enfermagem a administração do medicamento e, no artigo 13, que compete ao enfermeiro supervisionar, orientar e direcionar essa atividade.

Mas, ora, essa é a essência da profissão e dos conhecimentos farmacêuticos. Percebe-se falta de clareza quanto a toda a cadeia relacionada ao uso de medicamentos em ILPIs e as respectivas atribuições de responsabilidade. A administração do medicamento, sim, é tarefa do enfermeiro, mas a sua supervisão e todas as ações que vêm antes e depois da administração devem ser de responsabilidade do profissional farmacêutico. Neste sentido, há autores que afirmam que o profissional farmacêutico atua com orientações na farmacoterapia do paciente, indicando possíveis efeitos adversos, quais atitudes tomar no caso de esquecimento de doses, riscos da interrupção prévia do tratamento, promoção e proteção da saúde, entre outros (VIEIRA, 2007; ROCHA *et al.*, 2008).

No documento do Fórum¹ Permanente da Região Sul - Política Nacional do Idoso - Caracterização e Padrões Mínimos de Funcionamento das Instituições de Atenção ao Idoso (1998, citado por Yamamoto, Diogo, 2002) foi estabelecido que os recursos humanos necessários ao funcionamento das ILPIs são: médico (10 horas semanais), enfermeiro (24 horas por dias), psicólogo e assistente social (10 horas semanais), nutricionista (5 horas semanais), terapeuta ocupacional e fisioterapeuta (10 horas semanais). Já é tempo, e já existem dados suficientes para se iniciar uma discussão no sentido de se rever isso e incluir nas exigências a presença de profissional farmacêutico.

Há que por fim considerar que a Portaria 810 de 22 de setembro de 1989 do Ministério da Saúde, que trata da aprovação das normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições

¹ FÓRUM PERMANENTE DA REGIÃO SUL - POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO - CARACTERIZAÇÃO E PADRÕES MÍNIMOS DE FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO AO IDOSO, 1998, Santa Catarina.

destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional, adiciona a essa lista a necessidade de assistência odontológica, farmacêutica, apoio jurídico e administrativo, lazer e serviços gerais (BRASIL, 1989; YAMAMOTO, DIOGO, 2002; AGUIAR *et al.*, 2008), mas que, como outras normativas, se limita apenas a uma recomendação, dependendo portanto apenas da avaliação individual em cada Instituição.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÕES

Considerando o objetivo deste trabalho, que foi conhecer como se dá o cuidado com o uso de medicamentos por idosos moradores de Instituições de Longa Permanência em Curitiba, Brasil, o papel do farmacêutico nas Instituições em que esse profissional está presente e a percepção dos gestores, responsáveis legais e farmacêuticos dessas ILPIs, as diversas entrevistas e pesquisas realizadas permitiram observar que os idosos institucionalizados estão à margem da atenção da sociedade como um todo incluindo órgãos legisladores, órgãos fiscalizadores e profissionais de saúde.

As implicações desse descaso são muitas e das mais variadas áreas. A não existência atualmente de documento legal exigindo a presença de farmacêutico nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) faz com que a decisão pela contratação desse profissional fique a julgamento do proprietário ou responsável técnico pela casa, que, na maioria das vezes, decide pela não contratação motivada, principalmente, pelo custo financeiro que acresceria. Das 75 Instituições em funcionamento em Curitiba, em dezembro de 2013, apenas cinco (6,7%) tinham profissional farmacêutico e apenas uma tinha sua farmácia registrada no Conselho Regional de Farmácia (CRF-PR), permitindo dessa forma a fiscalização do profissional pelo Órgão de Classe. Esse dado foi obtido mediante consulta autorizada ao banco de dados do CRF-PR.

A RDC nº 283 / 2005 estabelece que o responsável técnico pela ILPI deve ter ensino superior, mas nem mesmo o tipo de graduação é definido (BRASIL, 2005). Quanto ao proprietário não há recomendações da sua formação. Surge então a questão: o proprietário ou responsável pela Instituição tem respaldo para definir, sozinho, quais profissionais da saúde devem prestar cuidados aos idosos institucionalizados para a garantia da sua saúde?

A ausência de farmacêutico nas ILPIs revelou o quanto outros profissionais, das mais diversas áreas e nem sempre da saúde, cumprem tarefas exclusivas do profissional farmacêutico, ou seja, todas as etapas anteriores e posteriores à administração dos medicamentos. Relembre-se que tais tarefas, segundo Rosa (2011), por si só são passíveis de erros, e sem a presença de um profissional

habilitado a desenvolvê-las pode resultar em riscos diretos à saúde do idoso institucionalizado.

Quanto à falta de clareza das etapas do uso de medicamentos em ILPIs e da contratação e atribuição de responsabilidade dos profissionais atuantes nas casas, esta é causada pela escassez de normativas legais quanto ao circuito que o medicamento deve seguir nos lares e quais profissionais são responsáveis por cada tarefa visando sempre a garantia do uso correto de medicamentos pelos idosos institucionalizados. A atribuição de responsabilidades fica dessa forma, mais uma vez, a encargo dos proprietários ou responsáveis técnicos das Instituições para Idosos. Estes são capacitados para essa tomada de decisão? Com isso foi natural, mas não considerado normal, observar grande disparidade na contratação de profissionais, na determinação do circuito de medicamentos e principalmente quanto ao cuidado com o uso desses pelos idosos.

Além das implicações da atribuição de responsabilidades, a falta de acompanhamento dos processos referentes ao uso do medicamento também é assombrosa. Na maioria dos casos não há registros e quando existem são feitos de forma aleatória constando informações que cada ILPI julgar necessárias, não permitindo assim análise íntima dos processos para avaliar o que pode ser melhorado, por exemplo.

O desenvolvimento deste trabalho permitiu também observar que nas Instituições em que havia profissional farmacêutico, este se ocupava principalmente da aquisição de medicamentos e da individualização de doses. Estas tarefas são, de fato, de grande importância, particularmente a segunda, visto o volume diário de medicamentos consumidos por diferentes pessoas num mesmo local e cuja distribuição incorreta pode provocar graves problemas. Como ilustração cabe informar que em determinada Instituição foi relatado o consumo médio de 800 comprimidos por dia pela totalidade de moradores. Entretanto o que se questiona é se o profissional farmacêutico necessita dispor todo o seu tempo para essa tarefa ou deveria coordenar e supervisionar tais ações, restando-lhe tempo para demais atividades farmacêuticas que demandem real conhecimento técnico. Neste sentido ficou claro por meio deste trabalho que nas Instituições de Longa Permanência para Idosos de Curitiba, no presente momento, a prescrição farmacêutica e o acompanhamento farmacoterapêutico, com a observância e intervenção farmacêutica em casos de interações medicamentosas ou efeitos adversos, por

exemplo, não são práticas existentes, apesar da presença de profissional farmacêutico, o que se revela preocupante.

Neste contexto vale lembrar que o Conselho Nacional de Educação, por meio da Resolução nº 2, de 19 de fevereiro de 2002, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, estabelece no artigo 6º, capítulo IV, como já discutido, que ao farmacêutico cabe, visando as boas práticas de dispensação e a utilização racional, o estudo dos medicamentos quanto à farmacodinâmica, farmacocinética, emprego terapêutico, farmacoepidemiologia e a farmacovigilância (BRASIL, 2002). No cotidiano o que se observou é que a teoria não se consolida em prática e este trabalho apontou que o profissional farmacêutico atuava na maior parte do tempo nas questões administrativas do uso dos medicamentos, não tendo tempo ou interesse em cuidar do emprego terapêutico ou desenvolver farmacovigilância.

Observou-se que existe também, além da falta de tempo, acanhamento dos farmacêuticos em chamar para si responsabilidades. Durante as entrevistas foi possível perceber que farmacêuticos que trabalham em ILPIs sentem-se valorizados com tarefas que são mínimas, como adquirir medicamentos com baixos preços, frente ao que podem ou devem realizar.

Há que se discutir também a formação de profissionais farmacêuticos para o trabalho com idosos, institucionalizados ou não. Sabe-se que este não é um tema simples e que exige muito estudo específico, não somente na questão dos medicamentos e da polifarmácia, mas principalmente das condições fisiológicas diferenciadas que ocorrem no envelhecimento e das consequentes patologias específicas. Esta formação exige ainda prática embasada não só nos conhecimentos técnicos, mas principalmente na sensibilidade humana. Denuncia-se assim, também, a omissão das escolas de Farmácia em promover tal formação nessa área e em bem preparar profissionais que, além de tudo, reivindiquem o direito de exercer suas funções. Durante as entrevistas este aspecto foi detectado tanto nas falas quanto na observação da dificuldade dos profissionais em perceber quais tarefas farmacêuticas poderiam ser executadas para além do administrativo e para o bem da saúde dos idosos.

Considera-se, assim, que o investimento em capacitação do profissional farmacêutico e dos demais profissionais de saúde para trabalhar em Instituições de

Longa Permanência para Idosos é de suma importância. Esta consiste em mais uma tarefa para os gestores, responsáveis pelas ILPIs e farmacêuticos.

Por fim e em se considerando que a presente dissertação tem também o propósito de fornecer subsídios e formular proposições para a melhoria do setor e, porventura, a consolidação de novas políticas públicas, apresentam-se algumas reflexões. A primeira é relativa aos recursos financeiros. Durante o trabalho foi mencionada por alguns entrevistados a falta de recursos financeiros e que apesar de terem consciência dos benefícios da contratação de profissional farmacêutico, isso não ocorria justamente por falta de tais recursos. Sendo assim, a obrigatoriedade da contratação de tal profissional, caso se concretizasse via política pública, muito provavelmente poderia reverter em fechamento de algumas Instituições, justamente por impossibilidade financeira. Dessa forma, uma alternativa viável, dependente de decisão política e investimento público, é a contratação pelo município de farmacêuticos para atuarem especificamente nas ILPIs que comprovem impossibilidade de contratação desse profissional. Nesta perspectiva, propõe-se que tais farmacêuticos sejam alocados em UBS (Unidades Básicas de Saúde), exclusivamente para atuarem no atendimento de idosos existentes na área de abrangência da unidade, dando apoio nas diferentes necessidades farmacêuticas e garantindo o cuidado homogêneo a todos os idosos acolhidos nas Instituições.

Neste mesmo sentido e casada com a proposição anterior, sugere-se a parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e Conselho Regional de Farmácia do Paraná no sentido da elaboração de normativas legais que obriguem a presença de profissional farmacêutico em todas as ILPIs, seja por contratação própria seja por convênio conforme proposição contida no parágrafo anterior.

Sugere-se assim, portanto, que o CRF-PR se torne pioneiro no país na regulamentação da atividade farmacêutica em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Desde a aquisição até o acompanhamento farmacoterapêutico, há diversas etapas no circuito interno do medicamento nas Instituições que necessitam de padronização e orientação. Conforme manifestado em entrevista, o setor de assistência social carece de informações técnicas relativas aos medicamentos, entretanto é na assistência social que reside atualmente o cuidado e a responsabilidade com os idosos deste município. Desta maneira, o setor farmacêutico pode subsidiar a elaboração de novas políticas transformando, por

exemplo, recomendações contidas nos documentos oficiais em obrigações, mediante embasamento técnico.

É possível ainda alertar as escolas de Farmácia quanto à necessidade de se debruçar sobre esse tema, redirecionando o foco da formação farmacêutica no país. É natural que, com o aumento gradativo da expectativa de vida e aumento da proporção da população idosa, cresce em igual percentual a necessidade de cuidados farmacêuticos. Enquanto esse entendimento não acontece, cresce nossa responsabilidade - ou, irresponsabilidade - enquanto profissão, pela negligência existente. Basta haver omissão para que seja caracterizada negligência!

Como contribuição final desta dissertação, sugere-se que se reflita sobre as razões da existência de tantos e tão diferentes pontos de negligência observados no cuidado com os idosos institucionalizados no tocante aos medicamentos. A situação retratada não é boa, mas no discurso, aparentemente está tudo bem. Sabe-se que envelhecimento é inevitável, salvo em casos de óbitos. Sabe-se também que o envelhecimento traz consigo mudanças fisiológicas que favorecem o desenvolvimento de enfermidades, que levam ao maior consumo de medicamentos, que pede acompanhamento cuidadoso. Medicamentos tanto podem ajudar a recuperar como agravar os estados de saúde, dependendo de como são utilizados. Então, por que os integrantes das escolas de farmácia, os profissionais farmacêuticos, os responsáveis pela definição de ações de legalização e fiscalização, os definidores de políticas públicas, tantas pessoas desviam o olhar desta problemática? Será porque essa é a dolorida e nada glamorosa realidade que espera por todos nós e que justamente por isso prefere-se não olhar?

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P. M. *et al.* Avaliação da Farmacoterapia de Idosos Residentes em Instituições Asilares no Nordeste do Brasil. **Latin American Journal of Pharmacy**, Buenos Aires, v. 27, n. 3, p. 453-459, 2008. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/Patricia_Melo_Aguiar/publication/262567127_Avaliao_da_Farmacoterapia_de_Idosos_Residentes_em_Instituies_Asilares_no_Nordeste_do_Brasil/links/0c960538222c6cb354000000.pdf>. Acesso em: 23/10/2013.
- ANDRADE, M. A. de *et al.* Assistência farmacêutica frente à obstipação intestinal no idoso. **Infarma**, Brasília, v. 15, n. 9-10, p. 64-69, set./out. 2003. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/86/infarma004.pdf>>. Acesso em: 23/10/2003.
- ANDRADE, M. A. de; SILVA, M. V. S. da; FREITAS, O. de. Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2004. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3626/2930>>. Acesso em: 23/5/2013.
- ARAÚJO, C. L. de O.; SOUZA, L. A. de; FARO, A. C. M. e. Trajetória das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. **História da Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 250-262, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1_artigo3.pdf>. Acesso em: 23/5/2014.
- BLOOM, D. E. Population ageing in developing countries: burden or opportunity? **International Planned Parenthood Federation**, Londres, jul. 2012. Disponível em: <http://www.ippf.org/system/files/series2_factcard4.pdf>. Acesso em: 23/5/2014.
- BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 113-120, fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18460.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.
- BRASIL. Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 dez. 1973. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc_visa/legis/lei_5991.pdf?id=16614&word=>>. Acesso em: 06/5/2015.

BRASIL. Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 jun. 1987. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 23/5/2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 23/5/2014.

BRASIL. Portaria n. 810, de 22 de setembro de 1989. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 set. 1989. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1d0c748047458d179617d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+810-1989.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 23/5/2014.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatuizada-pl.pdf>>. Acesso em: 23/5/2014.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1994/lei-8842-4-janeiro-1994-372578-normaatuizada-pl.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

BRASIL. Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 jul. 1996. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1996/decreto-1948-3-julho-1996-435785-normaatuizada-pe.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MPAS n. 5.153, de 7 de abril de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 abr. 1999. Disponível em: <<http://www.desenvolvimento-social.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/legislacao/portaria5153.pdf>>. Acesso em: 23/5/2014.

BRASIL. Portaria n. 2.854, de 19 de julho de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 jul. 2000. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/legislacao-2011/portarias/2000/Portaria,P20no,P202.854-,P20de,P2019,P20de,P20julho,P20de,P202000.pdf.pagespeed.ce.K1J_u-zR3I.pdf>. Acesso em: 23/5/2014.

BRASIL. Portaria n. 73, de 10 de maio de 2001. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, nas modalidades previstas na Política Nacional do Idoso, e aos desafios que o crescimento demográfico impõe ao país. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 mai. 2001. Disponível em: <https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=WnXsVPTeMMaU8Qej9oGoDQ&gws_rd=ssl#q=portaria+n%C2%BA+73+de+10+de+maio+de+2001+pdf>. Acesso em: 23/5/2014.

BRASIL. Resolução CNE/CES n. 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>>. Acesso em: 10/2/2015.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 11/2/2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública n. 26, de 13 de abril de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 abr. 2004. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B6987-1-0%5D.PDF>>. Acesso em: 11/2/2015.

BRASIL. Portaria n. 736, de 15 de dezembro de 2004. Estabelece procedimentos relativos à transferência regular e automática de recursos financeiros do Fundo Nacional de Assistência Social para os Fundos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, destinados à rede de Serviços Socioassistenciais de Ação Continuada, para o exercício de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:buMhd286AVYJ:www.mds.gov.br/cnas/legislacao/portarias/legislacao/portarias/portarias%2520MDS/2004-mds-0-736-2004-12-15-procedimento-de-transferencia-automatica-de-recursos.pdf.pagespeed.ce.ag84R1QOm7.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 23/5/2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n. 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 set. 2005.

Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/58109e00474597429fb1df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+283-2005.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 23/5/2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n. 94, de 31 de dezembro de 2007. Altera anexo da Resolução - RDC n. 283, de 26 de setembro de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 jan. 2008. Disponível em:

<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.jan.08/iels05/U_RS-ANVS-RDC-94_311207.pdf>. Acesso em: 24/02/2015.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235, jan./jun. 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

CAMARGOS, M. C. S. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 211-217, jul./dez. 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v31n1/12.pdf>>. Acesso em: 23/5/2014.

CASTELLAR, J. *et al.* Estudo da farmacoterapia prescrita a idosos em Instituição Brasileira de Longa Permanência. **Acta Médica Portuguesa**, n. 20, p. 97-105, 2007. Disponível em:

<<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/848/524>>. Acesso em: 23/10/2013.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 454-460, out. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n5/0630.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 557-564, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/31758/33676>>. Acesso em: 23/10/2013.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ. Disponível em: <<http://www.crf-pr.org.br/site/home>>. Acesso em: 30/10/2014.

CORRER, C. J. *et al.* Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 55-63, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v43n1/06.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

COSTA, M. F. L. *et al.* Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl.1, p. 100-107, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/ao4207.pdf>>. Acesso em: 12/11/2013.

COSTA, M. C. N. S.; MERCADANTE, E. F. O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 209-222, mar. 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/17641/13138>>. Acesso em: 23/10/2013.

CURITIBA. Lei Ordinária n. 11391, de 25 de abril de 2005. Dispõe sobre a Política Municipal de Atenção ao Idoso. **Diário Oficial [do] Município de Curitiba**, Curitiba, PR, 2005. Disponível em: <<https://www.leismunicipais.com.br/pdf/Lei-ordinaria-11391-2005-Curitiba-PR.pdf>>. Acesso em: 23/5/2014.

CURITIBA. Lei Ordinária n. 11.919, de 26 de setembro de 2006. Autoriza o poder executivo a criar e implantar o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa - CMDPI, a Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa e o Fundo Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Município de Curitiba**, Curitiba, PR, 2006. Disponível em: <[https://www.leismunicipais.com.br/pdf/Lei-ordinaria-consolidada-11919-2006-Curitiba-PR-\[07-12-2011\].pdf](https://www.leismunicipais.com.br/pdf/Lei-ordinaria-consolidada-11919-2006-Curitiba-PR-[07-12-2011].pdf)>. Acesso em: 23/5/2014.

DEL DUCA, G. F. *et al.* Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 147-153, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/3431.pdf>>. Acesso em: 12/11/2013.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, 20 ed., v. 1, p. 106-132, jan./mar 2012. Disponível em: <<http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15482/10910/envelhecimento.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 924-929, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/31960/33962>>. Acesso em: 23/10/2013.

FONTE, N. N. da. **A complexidade das plantas medicinais: algumas questões atuais de sua produção e comercialização**. 183 f. Tese (Doutorado em Agronomia) – Setor de Ciências Agrárias, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL. Disponível em: <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/Default.aspx>>. Acesso em: 30/10/2014.

GALLAGHER, P.; BARRY, P.; O'MAHONY, D. Inappropriate prescribing in the elderly. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, Oxford, v. 32, p. 113-121, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2710.2007.00793.x/epdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

GIACOMIN, M. S.; LIMA, A. T. F.; CHAVES, A. C. P. Perfil da farmacoterapia de idosos institucionalizados de uma cidade no vale do aço – minas gerais. **Farmácia e Ciência**, Ipatinga, v. 3, p. 1-19, abr./jul. 2012. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/farmaciaciencia/volume3/ARTIGO_1_VOL_3_%20F_C.pdf>. Acesso em: 23/10/2013.

GIACOMIN, K. C.; COUTO, E. C. O caráter simbólico dos direitos referentes à velhice na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 141-160, jun. 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18529/13718>>. Acesso em: 23/5/2014.

GOMES, M. H. de A.; SILVEIRA, C. Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 160-165, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/3271.pdf>>. Acesso em: 23/5/2014.

GONÇALVES, L. G. *et al.* Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 938-945,

2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6845.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

GONÇALVES, L. **Consequências que acarreta o processo de institucionalização da pessoa idosa**. 31 f. Dissertação – Curso de Serviço Social, Escola Superior de Educação de Beja. Beja, 2010. Disponível em: <<http://www.cpihts.com/PDF%2006/Leandro%20Gon%C3%A7alves.pdf>>. Acesso em: 23/5/2014.

GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Idosos asilados em hospitais gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1124-1130, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/24.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

GUILHOTO, L. de F. M. **O uso da internet como ferramenta para a oferta diferenciada de serviços a clientes corporativos: um estudo exploratório no setor de telecomunicações**. 271 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2002. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde.../Dissertacao2.pdf>. Acesso em: 23/5/2014.

HUF, G.; LOPES, C. de S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 351-362, abr./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2085.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/05.pdf>>. Acesso em: 23/5/2014.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, mai./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>>. Acesso em: 23/10/2003.

LENARDT, M. H. *et al.* O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 117-123, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/6853/4867>>. Acesso em: 23/5/2014.

LIMA, M. G. *et al.* Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 485-493, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2496.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MAIA, F. de O. M. *et al.* Risk factors for mortality among elderly people. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1049-1056, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/en_13.pdf>. Acesso em: 23/10/2013.

MARTINS, H. H. T. de S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, mai./ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07.pdf>>. Acesso em: 23/5/2014.

MARTINS, C. G.; FERREIRA, M. L. R. O survey como tipo de pesquisa aplicado na descrição do conhecimento do processo de gerenciamento de riscos em projetos no segmento da construção. In: Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 7., 2011. Disponível em: . Acesso em: .

MARTINS, M. S.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Conhecimento de idosos sobre seus direitos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 479-485, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v23n4/06.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

Melhor idade merece cuidados especiais. **Revista do Farmacêutico**, São Paulo, n. 85, p. 16, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://portal.crfsp.org.br/cf/revista/revista_85.pdf>. Acesso em: 23/5/2014.

MENESES, A. L. L. de; SÁ, M. L. B. Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 154-161, 2010. Disponível em: <http://www.crfce.org.br/novo/images/stories/artigos/Dr.Andre_Meneses.SBGG.2010.2011.revistas_13_indices_104.pdf>. Acesso em: 23/10/2013.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 19 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* O idoso no Brasil – aspectos legislativos de relevância para profissionais de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 61-69, jun. 2009. Disponível em:

<<http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v10n2/Artigo09.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

MORAIS, E. C. de. *et al.* Abandono do idoso: instituição de longa permanência. **Revista Acta de Ciências e Saúde**, Taguatinga Sul, v. 2, n. 1, p. 26-38, 2012. Disponível em: <<http://www.ls.edu.br/actacs/index.php/ACTA/article/download/46/54>>. Acesso em: 23/10/2013.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 520-525, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a19.pdf>>. Acesso em: 23/5/2014.

MORESI, E. **Metodologia da Pesquisa**. 108 p. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação, Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2003. Disponível em: <http://ftp.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/1370886616.pdf>. Acesso em: 23/5/2014.

MOSEGUI, G. B. G. *et al.* Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 437-444, out. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v33n5/0628.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

NEVES, S. J. F. *et al.* Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 759-768, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0759.pdf>>. Acesso em: 23/5/2014.

NÓBREGA, O. de T.; KARNIKOWSKI, M. G. de O. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 309-313, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a08v10n2>>. Acesso em: 23/10/2013.

PARANÁ. Instituições de Longa Permanência para Idosos caracterização e condições de atendimento. 2008. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/biblioteca/docs/inst_longa_perm_idosos.pdf>. Acesso em: 23/5/2014.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. 3 ed. 1 reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

PINTO, S. P. L. de C.; SIMSON, O. R. de M. V. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: Sumário da Legislação. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 169-174, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n1/18.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

PIUVEZAM, G. *et al.* O idoso institucionalizado e as políticas de saúde em Natal, RN: as gestões municipais em destaque. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 3., 2013, Campina Grande. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Poster_idinscrito_3218_86f8db2cc33ad8c5eedd9a1560bd8f16.pdf>. Acesso em: 23/10/2013.

PROTOCOLO QUALIDADE EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS – PQILPIs: orientação para gestores - pessoa idosa e familiares. Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/04/26/15_20_10_848_Protocolo_de_qualidade_em_ILPIs_para_idosos_Curitiba.pdf>. Acesso em: 23/5/2014.

QUINALHA, J. V.; CORRER, C. J. Instrumentos para avaliação da farmacoterapia do idoso: uma revisão. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 487-499, 2010. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n3/v13n3a14.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

RIBEIRO, A. Q. *et al.* Qualidade do uso de medicamentos por idosos: uma revisão dos métodos de avaliação disponíveis. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1037-1045, out./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a26v10n4.pdf>>. Acesso em: 23/5/2014.

ROCHA, C. H. *et al.* Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl., p. 703-710, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a20v13s0.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

RODRIGUES, M. A. P. *et al.* Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.

43, n. 4, p. 604-612, 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/7272.pdf>>. Acesso em: 12/11/2013.

ROSA, M. A. F. **O circuito do medicamento nos lares de idosos**. 76 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior. Covilhã, 2011. Disponível em:
<<https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/1018/1/MARIANA.pdf>>. Acesso em: 23/5/2014.

ROUTLEDGE, P. A.; O'MAHONY, M. S.; WOODHOUSE, K. W. Adverse drug reactions in elderly patients. **British Journal of Clinical Pharmacology**, Londres, v. 57, n. 2, p. 121-126, 2003. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1884428/pdf/bcp0057-0121.pdf>>. Acesso em: 23/5/2014.

ROZENDO, A.; JUSTO, J. S. “Fundo Nacional do Idoso” e as Políticas de Gestão do Envelhecimento da População Brasileira. **Psicologia Política**, São Paulo, v. 12, n. 24, p. 283-296, mai./ago. 2012. Disponível em:
<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v12n24/v12n24a07.pdf>>. Acesso em: 23/5/2014.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-724, mai./jun. 2003. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

SANTIAGO, L. M.; MATTOS, I. E. Depressive symptoms in institutionalized older adults. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 216-224, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0216.pdf>>. Acesso em: 15/10/2014.

SANTOS, T. R. A. *et al.* Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 94-103, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/13.pdf>>. Acesso em: 23/05/2014.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, jan./fev. 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a23.pdf>>. Acesso em: 23/5/2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA. Disponível em:
<<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/vigilancia/sanitaria/informacoes-gerais/visa-curitiba>>. Acesso em: 30/10/2014.

SILVA, J. A. da. **Gestão da política nacional do idoso à luz da realidade de Juiz de Fora**. 100 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2010/06/jose_anisio.pdf>. Acesso em: 23/5/2014.

SILVA, J. R. G. da. *et al.* Direito à saúde: revisão integrativa da literatura sobre o acesso de idosos aos serviços de saúde. **Ciência e Desenvolvimento**, Vitória da Conquista, v. 5, n. 1, p. 25-42, jan./dez. 2012. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/145/104>>. Acesso em: 23/5/2014.

SISTEMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR (SINAES) Bases para uma nova proposta de avaliação da educação superior. Disponível em: <http://www.unifra.br/Utilitarios/arquivos/arquivos_prograd/sinaes.pdf>. Acesso em: 10/12/2014.

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS). **Norma Operacional Básica NOB/SUAS**: construindo as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/arquivo/norma-operacional-basica-do-suas.pdf/view>>. Acesso em: 23/5/2014.

SMANIOTO, F. N.; HADDAD, M. do C. L. Avaliação da farmacoterapia prescrita a idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 523-527, jul./ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a09.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 364-371, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 207-213, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n2/4407.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/20.pdf>>. Acesso em: 23/10/2013.

YAMAMOTO, A.; DIOGO, M. J. D. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 660-666, set./out. 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1702/1747>>. Acesso em: 23/10/2013.

APÊNDICES

- APÊNDICE 1 - ENTREVISTA COM GESTORES MUNICIPAIS
- APÊNDICE 2 - ENTREVISTA CARACTERIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA
(INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS -
ILPI)
- APÊNDICE 3 - ENTREVISTA CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO
FARMACÊUTICO (INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS - ILPI)

APÊNDICE 1 - ENTREVISTA COM GESTORES MUNICIPAIS



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Mestrado – Farmacoterapia em Idosos de ILPIs

ENTREVISTA COM GESTORES MUNICIPAIS

Nome: _____

Instituição: _____

Contato: () _____ - _____ e-mail: _____

Cargo e/ou função que exerce: _____ Há quanto tempo? _____

Data: _____

1. Quais são suas atribuições nessa Instituição?
2. Tem conhecimento de políticas ou programas municipais / estaduais voltados a idosos institucionalizados (moradores em Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs)? Quais?
3. É de conhecimento dessa Instituição a prática utilizada pelas ILPIs no tocante ao uso de medicamentos?
4. Quais políticas ou programas essa Instituição tem voltados a idosos institucionalizados?
5. Há alguma intervenção ou fiscalização que essa Instituição faz em ILPIs em Curitiba? Como é realizada?
6. Quais normativas técnicas ou legais essa Instituição usa como referência para o trabalho com idosos institucionalizados?
7. Qual sua opinião sobre as políticas públicas e a atenção em geral dispensada aos idosos institucionalizados do município de Curitiba? Avalia ser suficiente e adequada?
8. Qual a sua opinião sobre o uso de medicamentos em ILPIs? Avalia ser importante o estabelecimento de diretrizes ou normativas técnicas ou legais sobre este tema? Por que?



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Mestrado – Farmacoterapia em ILPIs

9. Sugestões ou opiniões sobre esta temática?

Nome e assinatura do entrevistado

Nome e assinatura do entrevistador

APÊNDICE 2 - CARACTERIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA (INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI)



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Mestrado – Farmacoterapia em ILPIs

CARACTERIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA (Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI)

ASPECTOS GERAIS

Nome da residência: _____

Endereço: _____

Contato: () _____ - _____ *e-mail:* _____

Nome e função do entrevistado: _____

Número atual de moradores: _____fem.; _____masc. Data: _____

1. Quais profissionais da saúde prestam serviços na residência? Quais atividades são desempenhadas por esses profissionais?
2. Quem prescreve os medicamentos aos idosos institucionalizados?
3. Como os medicamentos prescritos são obtidos?

ASPECTOS RELATIVOS AO CONTROLE DA PRESCRIÇÃO

4. A residência possui arquivo do histórico clínico dos idosos? Quais informações possuem? Como é organizado?
5. Como é feito o controle das novas prescrições de cada morador?
6. Qual o procedimento quando o morador necessita de medicamento isento de prescrição (por exemplo, analgésicos)?



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Mestrado – Farmacoterapia em ILPIs

ASPECTOS RELATIVOS AO MEDICAMENTO

7. Qual(is) profissional(is) é(são) responsável(eis) pelos medicamentos? Caso este(s) não seja(m) farmacêutico(s), existe alguma capacitação do(s) profissional(is)? Como?

Estoque

8. Onde é localizado o estoque geral dos medicamentos?
9. Por quem e como é feito o controle do estoque de medicamentos?
10. Por quem e como é feita a individualização dos medicamentos para a administração a cada morador? Como é feito o controle desses procedimentos?

Administração

11. Quem é responsável pela administração dos medicamentos?
12. Como é feito o controle da administração dos medicamentos? São feitos registros a cada administração de medicamento por paciente?
13. Quais as orientações/cuidados quanto aos medicamentos no momento da administração, além da posologia?
14. Em casos de necessidade de administração especial de medicamentos (ex. endovenosos, hipodérmicos etc.), quais os procedimentos da casa?
15. São observadas situações de falta ou sobra de medicamentos na administração dos mesmos? Nestes casos, como são detectados os momentos em que houve falhas?



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Mestrado – Farmacoterapia em ILPIs

Acompanhamento

16. Quais os procedimentos adotados para a garantia do uso correto de medicamentos por idosos moradores da residência?
17. Há acompanhamento do uso e dos possíveis efeitos do uso de medicamentos pelos moradores? Se sim, como e com que frequência?
18. Você considera importante a presença do profissional farmacêutico na residência? Por quê?

Nome e assinatura do entrevistado

Nome e assinatura do entrevistador

APÊNDICE 3 - CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO FARMACÊUTICO
(INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI)



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Mestrado – Farmacoterapia em ILPIs

CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO FARMACÊUTICO
(Instituição de Longa Permanência de Idosos - ILPI)

Nome da ILPI: _____

Contato: () _____ - _____ *e-mail:* _____

Nome do entrevistado: _____

Contato: () ____ - _____ *e-mail:* _____

Data: _____

ASPECTOS RELATIVOS À FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL

1. Onde e quando você se graduou em Farmácia?
2. Você possui formação específica para o trabalho com idosos (cursos, estágios etc.)? Possui experiência anterior neste tipo de função? Qual(is)?

ASPECTOS RELATIVOS AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ILPI

3. Há quanto tempo você trabalha na Instituição? Qual sua carga horária?
4. Qual a sua atividade profissional / responsabilidade na casa?
5. Quais as facilidades no desempenho de suas funções?
6. Quais as dificuldades no desempenho de suas funções?



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Mestrado – Farmacoterapia em ILPIs

7. Como é sua relação com os demais profissionais de saúde que trabalham na casa?
8. No desempenho de sua atividade profissional, você interage com os moradores? Se sim, como? Se não, por quê?
9. Nesta Instituição, você já pratica ou avalia a possibilidade de praticar a prescrição farmacêutica, conforme prevê a Res. CFF nº 586 / 2013?
10. Quando os moradores apresentam transtornos menores, você é requisitado a atuar como profissional de saúde? Em caso negativo, quais os procedimentos adotados pela Instituição?
11. Quando ocorrem eventos possivelmente relacionados a erros de prescrição, de administração, interações de medicamentos com alimentos ou outros medicamentos, efeitos adversos etc., você é requisitado a atuar como profissional de saúde? Em caso negativo, quais os procedimentos adotados pela Instituição?
12. Fora do seu horário de expediente, você é contatado para intervir em situações como as indicadas nas questões 10 e 11?
13. Você se sente valorizado em sua atuação profissional? Explique:
14. Em sua opinião, qual a importância de haver profissional farmacêutico trabalhando em ILPIs?
15. Em sua opinião, quais as implicações de não haver profissional farmacêutico trabalhando em ILPIs?

Nome e assinatura do entrevistado

Nome e assinatura do entrevistador

ANEXOS

- ANEXO 1 - ROTEIRO PARA SUPERVISÃO DAS ILPIs PELA FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL (FAS)
- ANEXO 2 - ROTEIRO PARA SUPERVISÃO DAS ILPIs PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VISA) MUNICIPAL

**ANEXO 1 - ROTEIRO PARA SUPERVISÃO DAS ILPIs PELA FUNDAÇÃO DE
AÇÃO SOCIAL (FAS)**

**FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL - FAS
ROTEIRO DE SUPERVISÃO
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

1 - IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome/ Razão Social/ Mantenedora:	
Nome Fantasia/ Executora:	
CNPJ nº:	() Ativo () Inativo () Cancelado
Data de Fundação:	Data do Início de Funcionamento:
Nome do Proprietário:	
Nome do responsável técnico:	
Endereço:	
Bairro:	Núcleo Regional:
CEP:	Ponto de Referência:
Telefone:	Fax:
E-mail:	

1.1 - Documentação da ILPI

<input type="checkbox"/> Alvará de Funcionamento - Vigência: _____ <input type="checkbox"/> Alvará Provisório - Vigência: _____ <input type="checkbox"/> Licença Sanitária - Vigência: _____ <input type="checkbox"/> Estatuto <input type="checkbox"/> Contrato Social (empresas PRIVADAS COM FINALIDADE LUCRATIVA)
--

1.2 Categoria

<input type="checkbox"/> PRIVADAS SEM FINALIDADE LUCRATIVA: são instituições mantidas por organizações não governamentais, pessoas jurídicas de Direito Privado sem fins lucrativos, as quais mantêm unidades executoras; <input type="checkbox"/> PRIVADAS COM FINALIDADE LUCRATIVA: são instituições, pessoa jurídica de Direito Privado com fins lucrativos; <input type="checkbox"/> INSTITUIÇÕES PÚBLICAS: são instituições mantidas integralmente pelo Poder Público, sendo pessoas jurídicas de Direito Público.

1.3 Tipo de Imóvel

<input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Alugado

1.4 – Porte da Entidade por **capacidade de atendimento**

- ☐ Entidade de pequeno porte: até 15 vagas
- ☐ Entidade de médio porte: 16 a 49 vagas
- ☐ Entidade de grande porte: 50 ou mais vagas

1.4.1 – Estrutura Física

Tamanho instalações físicas em função nº. de atendidos			Características instalações físicas: estado de conservação; ventilação; iluminação; higiene e acessibilidade.		
ADEQUADO	PARCIALMENTE ADEQUADO	INADEQUADO	ADEQUADO	PARCIALMENTE ADEQUADO	INADEQUADO

1.4.2 – Identificação Externa

A ILPI possui: ☐ SIM ☐ NÃO

2. Documentação

- ☐ Documentação está organizada e arquivada
- ☐ Contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa ou responsável contendo o valor da contribuição e suas alterações;
- ☐ Ficha Cadastral da pessoa idosa contendo também a indicação de duas pessoas da família; referências médicas, medicamentos em uso, atestado médico admissional)
- ☐ Regulamento da ILPI
- ☐ Planilha atualizada com nomes dos idosos residentes na ILPI
- ☐ Relação de todos os pertences do idoso, com comprovante de depósito de bens móveis recebidos do idoso, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento.
- ☐ Prontuário de uso multidisciplinar
- ☐ Relatórios mensais das atividades multidisciplinares
- ☐ Relatórios mensais administrativos
- ☐ Livro “Ouro” (Doações)
- ☐ Livro de Contabilidade
- ☐ Livro de Ocorrências
- ☐ Livro de Visitas
- ☐ Termo de Voluntariado

2.1. Inscrição em Conselhos – Registros

- ☐ Conselho Municipal dos Direitos do Idoso
- ☐ Conselho Estadual dos Direitos do Idoso
- ☐ Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
- ☐ Conselho Municipal de Assistência Social
- ☐ Conselho Estadual de Assistência Social
- ☐ CNAS – Conselho Nacional de Assistência
- ☐ CEAS – Certificado de Entidades Beneficente de Assistência Social

3 – CARACTERÍSTICAS DOS MORADORES

3.1 - Moradores Idosos Atendidos

Nº. pessoas idosas atendidas	Capacidade instalada (vagas)	Demanda reprimida (lista espera)
------------------------------	------------------------------	----------------------------------

3.2 - Vínculo Familiar.

Quantos homens possuem vínculo familiar: _____
 Quantas mulheres possuem vínculo familiar: _____

3.3 Constatação de Vínculos Familiares e Comunitários através de:

() Informação dos moradores () Informação dos dirigentes/ proprietários
 () Informações da comunidade () Registros no Livro de Visitas
 Frequência média das visitas realizada por familiares:
 () Semanal () Quinzenal () Mensal () Anual () Não visitam
 Familiares com livre acesso à instituição: () SIM () NÃO
 Registro de saídas com familiares ou amigos () SIM () NÃO
 Participação das famílias nas atividades/ festividades desenvolvidas na instituição:
 () SIM () NÃO
 Idoso independente tem direito de ir e vir: () SIM () NÃO

3.4. Grau de Dependência

IDOSOS	Grau de Dependência I		Grau de Dependência II		Grau de Dependência III	
	Autônomos	Sem Auton.	Autônomos	Sem autonomia	Autônomos	Sem autonomia
Masculino						
Feminino						

3.5 Adultos na Instituição () SIM () NÃO

Autorizados pelo Ministério Público () SIM () NÃO

3.5.1 – Grau de Dependência (caso haja adultos na instituição)

ADULTOS	Grau de Dependência I		Grau de Dependência II		Grau de Dependência III	
	Autônomos	Sem Auton.	Autônomos	Sem autonomia	Autônomos	Sem autonomia
Masculino						
Feminino						

4 – RECURSOS HUMANOS NA ILPI

Quadro de pessoal	Quantidade	Nº horas/ Semana	Contratado	Cedido	Estagiário/ Supervisão
Administração					
Cozinha					

Manutenção e Limpeza					
Cuidador de idoso					
Enfermagem					
Nutrição					
Atividades físicas/ esportivas					
Atividades ocupacionais/ lazer					
Serviço Social					
Psicologia					
Fisioterapia					
Medicina/ Odontologia					
Outros					
TOTAL					

4.1 – Voluntários

Nº./Formação	Função	Nº. horas/ semana
--------------	--------	-------------------

4.2 – Estagiários

Nº./Formação	Atividade realizada	Nº. horas/ semana
--------------	---------------------	-------------------

5 – ATIVIDADES E SERVIÇOS OFERTADOS

5.1 – Alimentação

- () Possui cardápio variado elaborado por nutricionista
 () Os idosos opinam no cardápio e mostraram-se satisfeitos com a alimentação oferecida
 () Os idosos mostraram-se parcialmente satisfeitos com a alimentação oferecida

6. – Atividades e Serviços

ATIVIDADE/ SERVIÇO	Periodicidade Média					
	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	Bimestral	Semestral
Atividades de lazer						
Atividades na comunidade						
Atividades físicas						
Atividades ocupacionais						

Assistência Social						
Terapia Ocupacional						
Fisioterapia						
Serviço Emergencial de Saúde						
Participação em cultos religiosos (na instituição)						
Participação em cultos religiosos (na comunidade)						
OUTROS						

7 – CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DA INSTITUIÇÃO

7.1 - Condições de acessibilidade

- ☐ sem barreiras arquitetônicas
☐ com barreira arquitetônicas: ☐ nos banheiros
☐ nos dormitórios
☐ nas áreas comuns
☐ nas áreas externas
☐ outros _____
☐ com dispositivos de segurança: ☐ campainhas nos dormitórios
☐ corrimãos nos corredores ou rampas
☐ barras de apoio nos banheiros
☐ outros _____

7.2 - Área dos dormitórios

- ☐ Dormitórios individuais
☐ Dormitórios Coletivos:
☐ 02 leitos ☐ 03 leitos ☐ de 04 a 09 leitos ☐ 10 ou mais leitos
☐ Amplos ☐ arejados ☐ adaptados
☐ Apresentam mobiliário/ Objetos pessoais do idoso

7.3 - Áreas Comuns

- Espaço adequado para convivência e lazer:
☐ sala de televisão
☐ sala para jogos
☐ sala para atividades ocupacionais
☐ Espaço adequado para visitas ☐ outros:

7.4 – Áreas Externas

- ☐ Jardim ☐ Horta ☐ local para banho de sol ☐ área para esportes ou caminhadas
☐ outros

8 – PAGAMENTOS DOS SERVIÇOS / CONTRIBUIÇÕES

- ☐ Serviços pagos integralmente - nº. de Idosos: _____
☐ Serviços pagos parcialmente - nº. de idosos: _____
☐ Serviços gratuitos - nº. de idosos _____
 Total de idosos: _____
☐ A instituição não respondeu

8.1 – Valor dos pagamentos

- ☐ menos de 01 salário mínimo
☐ de 01 a 2,5 salários mínimos
☐ de 2,5 a 04 salários mínimos
☐ acima de 04 salários mínimos
☐ a instituição não respondeu

8.2 - Responsável pela Contribuição

- ☐ idosos: _____ Quantos: _____
☐ famílias: _____ Quantas: _____
☐ BPC : quantos idosos contribuem : _____ () não respondeu este item
☐ Outros _____

8.3 - Utilização dos recursos do BPC e demais benefícios assistenciais ou previdenciários percebidos pelo idoso no custeio dos serviços na instituição

- ☐ Utilização integral – 100%
☐ Utilização parcial:
☐ acima de 70%
☐ de 50 a 70%
☐ menos de 50%
☐ a instituição não respondeu

9- SUPERVISÃO DA FAS

9.1 Orientações durante a supervisão

DATA	ORIENTAÇÕES REALIZADAS	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ILPI

9.2 RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO ROTEIRO DE SUPERVISÃO DA ILPI

NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES DA ILPI:	NOME/ASSINATURA DO TÉCNICO / FAZ RESPONSÁVEL PELA SUPERVISÃO:	DATA VISITA DE SUPERVISÃO:

9.3 Relatório Descritivo da Supervisão (ESPAÇO LIVRE)

--

9.4 – PARECER TÉCNICO NOME/ASSINATURA DO RESPONSÁVEL – FAS

--

ANEXO 2 - ROTEIRO PARA SUPERVISÃO DAS ILPIs PELA VIGILÂNCIA
SANITÁRIA (VISA) MUNICIPAL

**MODELO - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
1.1. Razão Social:		
1.2. Nome Fantasia:		
CNPJ: Inscrição municipal Data do Início do funcionamento: ____/____/____ Data da avaliação : ____/____/____ Contato na instituição:		
Endereço: Município: _____ UF: _____ Fone: () _____ Fax: () _____ E-mail: _____		
2. Situação do imóvel: () Alugado () Próprio		
3.Registro no Conselho de Idosos: municipal - sim () não () estadual - sim () não ()		
4. Natureza Jurídica [] Filantrópica* [] Pública, em caso afirmativo: () municipal () estadual () federal [] Privada [] Mista * Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998 e suas alterações		
5. Número do Conselho Nacional de Assistencial Social (inscrição no CNAS): _____		
6. Recebe subvenção do governo? [] sim [] não Qual fonte? _____		
7. Utiliza aposentadoria dos residentes? [] sim [] não		
8. Alvará de licenciamento expedido pela vigilância sanitária local: [] sim [] não		
8.1 Nº do Alvará de licenciamento sanitário _____ Válido até: _____		
9. Nome do responsável técnico pelo estabelecimento (proprietário, diretor ou administrador): _____		
9.1 Grau de escolaridade: () nível fundamental () médio () superior RG _____ e CPF _____		
9.2 Carga horária semanal: _____		
9.3 Registro no conselho profissional, se houver: _____		
10. Recursos Humanos (Solicitar documento que comprove carga horária)	Quantidade	Observações (Detalhar carga horária)
	Com vínculo formal	Voluntários (informal)
Administrador		
Administrativos (secretária e outros)		
Médico		
Enfermeiro		

Assistente Social			
Psicólogo			
Fisioterapeuta			
Terapeuta Ocupacional			
Nutricionista			
Farmacêutico			
Cirurgião-dentista			
Técnico e Auxiliar de Enfermagem			
Outros Profissionais de saúde (especificar):			
Cuidadores de idosos			
Limpeza/Serviços Gerais (lavanderia, manutenção, motorista, etc.)			
Cozinha			
Outros (especificar):			
Total:			
CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA (quantificar)			
	Homens	Mulheres	
11. Capacidade instalada (quantidade planejada de residentes)			
12. Quantidade de residentes no dia da avaliação			
13. Existem residentes com menos de 60 anos? Motivos: _____ —			
14. Grau de dependência I (idosos independentes mesmo que usem equipamentos de auto-ajuda)			
15. Grau de dependência II (idosos com dependência em até três atividades da vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada)			
16. Grau de dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de auto-cuidado para a vida diária e ou comprometimento cognitivo)			
	SIM	Quantos	Não
17. A instituição realiza visita ao idoso/família antes de sua admissão?			
18. Há idosos com distúrbio cognitivo ou psiquiátrico?			
19. Há idosos em uso de sonda para alimentação? (nasogástrica, gastrostomia, etc.)			
20. Há idosos portadores de feridas crônicas? (úlceras vascular, úlcera de pressão/escara, pé diabético, outras)			

21. Há idosos dependentes de oxigenoterapia? (em uso de oxigênio)			
22. Há idosos com ventilação mecânica?			
23. Há idosos sob cuidado de serviços de atenção domiciliar (home care)?			
24. Há idosos com sonda vesical ou coletor de urina?			
25. Há idosos com diagnóstico ou em tratamento de câncer?			
26. Há idosos com diabetes ou hipertensão?			
27. Outras patologias (Citar):			
28. Onde os residentes são atendidos conforme Plano de Atenção à Saúde (assinalar as opções utilizadas) a. <input type="checkbox"/> Centro de Saúde público (SUS) b. <input type="checkbox"/> Equipe de Saúde da Família (SUS) c. <input type="checkbox"/> Serviços/profissionais particulares (plano de saúde ou pagos pelo residente/família) d. <input type="checkbox"/> Hospital público (SUS) e. <input type="checkbox"/> Serviço próprio da ILPI (profissionais de saúde da própria instituição) Qual dessas opções (a, b, c, d ou e) é a mais utilizada? _____			
Observações:			
CONDIÇÕES GERAIS E PROCESSOS OPERACIONAIS			
	Sim	Não	
29. A instituição possui contrato formal de prestação de serviço com o residente ou seu responsável legal ou curador?			
30. O funcionamento da instituição está sob responsabilidade técnica de profissional de nível superior?			
a. Este responsável técnico cumpre carga horária mínima de 20 hora por semana?			
31. A instituição possui:			
a. Estatuto Registrado?			
b. Contrato Social?			
c. Inscrição do seu programa junto ao Conselho do Idoso?			
d. Regimento Interno?			
e. Registro de Entidade Social?			
32 Existe contrato formal com os seguintes serviços terceirizados:			
a. Alimentação			

b. limpeza			
c. esterilização			
d. lavanderia			
e. serviço de remoção			
f. outros (especificar)			
33 Os serviços terceirizados possuem alvará de licenciamento atualizado?	Sim	Não	Não se aplica
		SIM	NÃO
34 A instituição atende às condições gerais estabelecidas na RDC nº 283/2005? OBS: Observar os idosos, avaliar o Regimento interno, observar o Plano de Atenção à saúde, observar fotos, cartazes na instituição sobre programações realizadas na instituição, entre outros.			
35 Existe a garantia de visita aberta?			
36 Existe registro atualizado de cada idoso? OBS: Verificar por amostragem a existência dos registros/anotações sobre o idoso em conformidade com o estabelecido no Art. 50, inciso XV, da Lei 10.741 de 2003 “Manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem a sua identificação e a individualização do atendimento.”			
37 A instituição tem Plano de Trabalho conforme item 5.1.1 da RDC 283 e artigo 48 do Estatuto?			
38 A instituição comunica à Secretaria Municipal de Assistencial Social ou congênere, bem como ao Ministério Público, a situação de abandono familiar ou a ausência de identificação civil?			
39 Os equipamentos, produtos, mobiliários e utensílios estão disponíveis, em quantidade suficiente, em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente?			
Não se aplica 40 Existem equipamentos de auto ajuda e materiais em condições de uso em quantidade suficiente para atender à necessidade dos residentes, de acordo com o grau de dependência? OBS: Equipamento de Auto-Ajuda – qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo, prótese odontológica e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.			

Observações:		
RECURSOS HUMANOS		
	Sim	Não
41 Dimensionamento da equipe de cuidadores de idosos:		
a. Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;		Não se aplica
b. Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;		
c. Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.		
d. Os cuidadores possuem capacitação formal? OBS: Verificar comprovação da capacitação formal		
	Sim	Não
42 Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.		
43 Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m ² de área interna ou fração por turno diariamente.		
44 Para o serviço de alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.		
45 Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.		
46 Há política de educação permanente, especialmente na área de gerontologia?		
47 Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados e estão legalizados nos mesmos?		
Observações:		
PROCESSAMENTO DE ROUPAS		
	SIM	NÃO
48 A instituição possui, mantém disponível e implementa as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo?		
49 Os saneantes usados estão regularizados junto a ANVISA?		
50 Existem luvas, avental impermeável e botas para os funcionários da lavanderia?		
51 Com que frequência é trocada a roupa de cama? Especifique:		
52 Existe quantidade de roupas suficiente para a demanda?		
53 A Instituição possibilita aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de		

roupas de uso pessoal? OBS: Observar se há área e recursos para que os idosos independentes que assim o desejarem efetuem o processamento de roupas de uso pessoal.		
54 A instituição garante a privacidade do uso da roupa pessoal? As roupas estão identificadas?		
Observações:		
ALIMENTAÇÃO		
	SIM	NÃO
55 A instituição segue o estabelecido na RDC nº. 216/2004 que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação no que se refere a:		
a. manipulação, preparação, fracionamento dos alimentos.		
b. armazenamento dos alimentos		
c. transporte dos alimentos (interno e externo)		
d. distribuição dos alimentos		
56 A instituição possui normas e rotinas técnicas para o serviço de alimentação incluindo:		
a. limpeza e descontaminação dos alimentos		
b. armazenagem de alimentos		
c. preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas		
d. boas práticas para prevenção e controle de vetores		
e. acondicionamento de resíduos		
57 É assegurado aos idosos o fornecimento de alimentação, respeitando os aspectos relacionados à saúde (como dietas especiais) e culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias?		
58 Existe cardápio de dietas especiais que atenda à necessidade dos idosos elaborado e assinado por Nutricionista?		
59 O responsável pelas atividades de manipulação dos alimentos e os manipuladores de alimentos são comprovadamente capacitados, de acordo com a RDC nº 216/2004? OBS: Verificar se capacitação do responsável abordou, no mínimo, os seguintes temas: Contaminantes alimentares; Doenças transmitidas por alimentos; Manipulação higiênica dos alimentos; Boas Práticas. OBS: Verificar se a capacitação dos manipuladores é realizada periodicamente e se aborda os seguintes conteúdos: higiene pessoal, manipulação higiênica dos alimentos e doenças transmitidas por		

alimentos.		
Observações:		
SAÚDE		
	SIM	NÃO
60 A instituição tem um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes contemplando, no mínimo, 3 aspectos (acesso, resolubilidade e humanização), elaborado a cada dois anos, avaliado anualmente e implantado?		
61 São realizados procedimentos invasivos? (p.ex.: passagem de sonda vesical de demora ou enteral, injetáveis, aspiração, dentre outros)		
62 Sobre o Plano de Atenção à Saúde:		
a. É compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade?		
b. Indica os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário?		
c. Prevê a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção?		
d. Contém informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes?		
63 A unidade, em caso de intercorrência médica, dispõe de um serviço de remoção e providencia o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no Plano de Atenção à Saúde e comunica a sua família ou representante legal?		
64 O serviço de remoção é terceirizado?		
65 A instituição dispõe de rotinas e procedimentos escritos e implantados, referentes aos cuidados com os idosos?		
66 Os <u>medicamentos</u> em uso pelos idosos estão sob responsabilidade do Responsável Técnico - RT da instituição, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração?		
67 Os <u>medicamentos</u> controlados estão acondicionados em armários fechados com chaves ou equivalentes?		
68 Os <u>medicamentos</u> estão dentro do prazo de validade?		
69 Há prescrição médica para todos os <u>medicamentos</u> encontrados na instituição?		
70 Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória? OBS: A instituição mantém registro sobre doenças		

de notificação compulsória. (equipe de saúde responsável pelos residentes informa as Doenças de Notificação Compulsória). Conforme a Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006.		
71 A instituição informa aos órgãos competentes a ocorrência de eventos sentinela (queda com lesão e tentativa de suicídio)?		
72 A instituição comprova, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização do Ministério da Saúde? OBS: Verificar se há registros de imunização: Gripe, Pneumonia, DT (Difteria e Tétano).		
73 A instituição comprova a inscrição do residente no Serviço de Saúde mais próximo ou em Plano de Saúde?		
74 Os residentes com patologia de saúde mental estão participando dos programas de Saúde Mental?		
75 Existe o acesso a um cirurgião-dentista quando necessário?		
Observações:		
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO		
	Sim	Não
76 Calcula, avalia e encaminha para a vigilância sanitária local os indicadores mensais estabelecidos na RDC nº 283/2005?		
a. Taxa de mortalidade - (Número de óbitos de idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]		
b. Incidência de doença diarreica aguda - (Número de novos casos de doença diarreica aguda em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]		
c. Incidência de escabiose - (Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]		
d. Incidência de desidratação - (Número de idosos que apresentaram desidratação / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]		
e. Taxa de prevalência de úlcera de decúbito - (Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]		
f. Taxa de prevalência de desnutrição - (Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês / Número de idosos residentes no mês) x 100 [%]		
Observações:		

INFRA-ESTRUTURA FÍSICA		
	SIM	NÃO
77 Realiza limpeza dos reservatórios de água e controle microbiológico da qualidade da água? OBS: verificar registros e periodicidade no mínimo trimestral.		
78 Os efluentes são lançados na rede pública de coleta e tratamento de esgoto?		
79 Oferece instalações físicas em condições de habitabilidade (temperatura, odores, umidade, entre outros), higiene e salubridade? Verificar a existência de ralos escamoteáveis, manutenção e limpeza do ambiente interno e externo (jardim e proteção da caixa de água e outros), registros de limpeza, desratização, descupinização, desinsetização, entre outros.		
- Sobre os ambientes e dimensões:		
80 Possuem dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro?		
a. Os dormitórios de 01 pessoa possuem área mínima de 7,50 m ² , incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente?		
b. Os dormitórios de 02 a 04 pessoas possuem área mínima de 5,50m ² por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes?		
c. Os dormitórios são dotados de luz de vigília e campainha de alarme?		
d. Existe uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas?		
e. Existe cama com grade de proteção?		
81 O banheiro possui área mínima de 3,60 m ² , com 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro, sem desnível em forma de degrau para conter a água e sem o uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos?		
82 Há áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com graus de dependência I e II ?		
a. Há sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m ² por pessoa?		
b. Há sala de convivência com área mínima de 1,3 m ² por pessoa?		
c. Há sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0 m ² ?		
83 Há banheiros coletivos, separados por sexo, com no mínimo, um box para vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas?		
84 As portas dos compartimentos internos dos		

sanitários coletivos têm vãos livres de 0,20m na parte inferior?		
85 Há espaço ecumênico ou para meditação?		
86 Há sala administrativa ou de reunião?		
87 Há refeitório com área mínima de 1m ² por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos e luz de vigília?		
88 Há cozinha e despensa?		
89 Há lavanderia com área específica para o desenvolvimento dessa atividade?		
a. Há separação de fluxos (entrada e saída de roupas)?		
b. Há local para guarda de roupas de uso coletivo?		
c. Possui área para recepção da roupa?		
d. Possui área para lavagem?		
e. Possui vestiário e banheiro exclusivo para funcionário deste setor?		
90 Há local para guarda de material de limpeza?		
91 Há almoxarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m ² ?		
92 Há vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo?		
a. O banheiro possui área mínima de 3,6 m ² , contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração?		
b. A Área de vestiário possui área mínima de 0,5 m ² por funcionário/turno?		
93 Há lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta?		
94 Há área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (solarium com bancos, vegetação e outros)?		
95 Os colchões e travesseiros são revestidos de material impermeável de fácil limpeza e higienização?		
96 A instituição mantém identificação externa e visível? OBS: artigo 37 parágrafo 2º da lei 10741/2003. Verificar o Artigo 62 da Lei 10741/2003.		
97 As instalações físicas garantem a segurança, integridade física e acessibilidade? OBS: Verificar as condições de segurança em caso de incêndio: extintores e sua validade, sinalização, vias de escape, escada de incêndio, porta resistente ao fogo e outros. Verificar a existência de placas de sinalização, orientação, sirenes, luzes indicadoras e outros.		

98 Existem, no mínimo, duas portas de acesso externo, sendo uma exclusivamente de serviço?		
99 Os pisos externos e internos (inclusive as rampas e escadas) são de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante?		
100 As rampas e escadas favorecem a acessibilidade, possuem, no mínimo, 1,20m de largura, corrimão e sinalização?		
101 As circulações internas principais possuem largura mínima de 1,00m?		
a. As circulações internas secundárias possuem largura mínima de 0,80m; contando com luz de vigília permanente?		
b. As circulações internas com largura maior ou igual a 1,50 m possuem corrimão dos dois lados? OBS: As circulações com largura menor que 1,50 m podem possuir corrimão em apenas um dos lados.		
102 O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes?		
103 Realiza manutenção predial preventiva e corretiva?		